Rok XLIV. Kraków 18 Listopada 1905. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Kilka uwag nad dyetą przy wodach mineralnych, specyalnie Karlsbadzkich.

Podał

E. Biernacki.

Postęp nauki, zasilając i udoskonalając lecznictwo nowemi zdobyczami, jednocześnie oddziaływa na to samo lecznictwo w niektórych kierunkach wyraźnie ujemnie, a to dzięki pewnym prądom myślowym, posiadającym wszelkie pozory słuszności, często jednak wręcz błędnym. Jest to tak zw. racyonalizm w terapii, który, że powiemy, chce zawsze widzieć lecznictwo w zgodzie z istniejącymi poglądami naukowymi na chorobę: z jednej więc strony wyprowadza on chętnie zasady lecznicze z istniejących ogólnych i szczegółowych pojęć o chorobie, z drugiej — podejrzliwie patrzy na wszelkie postępowanie terapeutyczne, nie dające się podprowadzić pod te pojęcia.

Racyonalizm w terapii jest, rzec wolno, tak stary, jak sama medycyna — wypływa bowiem z naturalnego dążenia umysłu ludzkiego — postępowania zgodnie z posiadanemi pojęciami. Już więc zarówno medycyna ludów pierwotnych, wypędzająca przy leczeniu demona, jako istotę choroby, jak Hippokrates, starający się wydalić z ciała chorego *materia peccans*, jako zasadniczą szkodliwość chorobową, postępują w terapii „racyonalnie“. Najwybitniej wszakże zarysowuje się racyonalizm terapeutyczny, odkąd pod wpływem pierwszych odkryć w fizyologii (przez Harveya, Hallera i t. d.) powstają t. zw. systemy lekarskie — jatrochemizm i jatromechanizm, systemy Browna i Broussaisgo, że wymienimy najważniejsze. Lecznictwo w tych systemach było całkowicie wyprowadzone z pojęcia o chorobie, — czyli było „racyonalistyczne“.

Racyonalizm terapeutyczny systemów zostawił po sobie najsmutniejszą pamięć. Wiadomo przecież, ilu istotom życie kosztowały „racyonalnie“ stosowane potężne dawki środków czyszczących i wymiotnych, setki pijawek na podbrzusze, puszczanie krwi *coup sur coup* w chorobach gorączkowych. Niewiele pożytku było jednak i z wielu zabiegów leczniczych, wyprowadzonych „racyonalnie“ w czasach nowszych, że przypomnimy Liebermeisterowskie zwalczanie gorączki w chorobach zakaźnych, hipodermoklizy w cholerze i t. d. Zapewne, zawodom tym racyonalizm terapeutyczny przeciwstawić może seroterapię, antyseptykę, które w całości albo w znacznej części bezpośrednio zostały wyprowadzone z poznania choroby i są epokowemi zdobyczami terapeutycznemi. W istocie nie zawiedzie racyonalizm, o ile jego punkt wyjścia — pojęcie, posiadane w danym przypadku o zasadniczej szkodliwości chorobowej — jest prawdziwem lub bardzo zbliżonem do rzeczywistości. Ponieważ zaś, — jak choćby przekonywają najnowsze spory co do szczegółowszej etyologii gruźlicy, w większości przypadków jesteśmy zaledwie w zaraniu bliższego poznania istoty choroby, to zawody przy tworzeniu terapii racyonalnej muszą się zdarzać i zdarzają się też niezmiernie często. Pomijając pomoce mechaniczno-chirurgiczne, dotyczące strony mechanicznej ustroju, wyniki dodatnie terapii „racyonalnej“ najczęściej należą do kategoryi pomocy objawowych, a nie leczenia istotnego.

Bądź co bądź, racyonalizm uznać musimy obecnie za najważniejszą drogę postępu w terapii i nie wolno winić lekarza za próby leczenia racyonalnego, o ile ten, posiadając wyczerpującą znajomość patologii i świadom możliwych zawodów, nie sprawia temi próbami najmniejszej szkodliwości zdrowiu chorego. Inna sprawa z racyonalizmem, a właściwie już pseudoracyonalizmem, doktryneryą terapeutyczną, która po za wydedukowanem z istniejącego pojęcia o chorobie nie uznaje żadnego innego lecznictwa, odrzuca wszelkie inne metody i sposoby postępowania terapeutycznego, nawet najbardziej uznane, o ile te sposoby nie są „zrozumiałe“ z punktu widzenia istniejącej teoryi naukowej, innemi słowy odrzuca to, co jest wynikiem „doświadczenia“ lekarskiego — empiryą lekarską.

Racyonalizm tego rodzaju zaprzecza właściwie to, co wogóle nazywam poznaniem empirycznem, zapomina, że o ile odpowiada pewnym wymaganiom umysłu, może ono być tak samo naukową metodą badania, jak poznanie „racyonalne“, że mogą istnieć we wszechświecie związki i zależności, względnie w zakresie terapii fakty co do pożyteczności (czy szkodliwości) pewnych zabiegów, choćbyśmy z punktu widzenia istniejących danych „czystej“ nauki jeszcze nie rozumieli, dlaczego takie związki istnieją i istnieć mogą.

Ojcem takiego racyonalizmu terapeutycznego w nowszej medycynie był właściwie Wunderlich ze swą „medycyną fizyologiczną“, propagowaną na szpaltach „Zeitschrift f. rationelle Medicin“. Do jakich konsekwencyi zasadniczo doprowadza ta droga myślenia, dość wspomnieć, że powinniśmy odrzucić takie pomoce empiryczne, jak stosowanie morfiny przy bolach, a chininy w zimnicy, ponieważ do dzisiaj właściwie nie wiemy, nie rozumiemy, dlaczego jeden środek działa przeciwbólowo, a drugi przeciwzimniczo. Sam też Wunderlich nie stał twardo przy swoim programie przez czas cały i ostatecznie obok pomocy „racyonalnych“ uznał i szereg empirycznych [1]).

[1]) Kwestyę racyonalizmu terapeutycznego i jego stosunku do empiryi lekarskiej rozbierałem szczegółowo w pracach mych: „Chałubiński i obecne zadania lekarskie“. Warszawa, 1900 — „Zasady poznania lekarskiego“. Warszawa 1902. Str. 314—319. „W sprawie patologii i terapii nerwic czynnościowych“. Warszawa 1902. Osobne odbicie z „Medycyny“.

A jednakże oddźwięki, nieraz bardzo głośne, rozumowań pseudoracyonalistycznych, rozumowań w gruncie rzeczy uprzedzających i przesądzających poznania naukowe, dadzą się słyszeć i w najnowszych czasach i, jak teraz — szczególnie chętnie w zakresie balneo — klimatoterapii. A więc jeden zaprzecza, by z „naukowych względów“ cieplice mogły znaczyć coś więcej, niż zwykłe kąpiele z wody ciepłej, jakoby było już rozstrzygniętem, iż niezaprzeczalne pomyślne wyniki w szeregu przypadków rwy kulszowej, gośćca mięśniowego, otrzymywane w Gastein, Cieplicach czeskich i t. d., pomijając warunki klimatyczne, polegały li tylko na cieple wody, wytryskującej z głębin ziemi. Znowu dla drugiego powietrze górskie „nie może“ mieć żadnej przewagi nad zwykłem „czystem“ powietrzem leśnem, stepowem, jakby już ostatecznie udowodnionem zostało, iż w klimatycznem leczeniu suchotników znaczenie posiada wyłącznie czystość powietrza. Jeszcze dla innego — wody mineralne sztuczne należy nawet przekładać nad wody mineralne rodzime, ponieważ pierwsze są ściśle w swym składzie określone i nie „zanieczyszczone“ domieszkami, jak drugie — jakby już było nieodwołalnie rozstrzygniętem, iż kwintesencya działania wód mineralnych rodzimych w pewnych stanach chorobowych polega na obecności w jednej alkaliów, w drugiej siarkanu sodowego, w trzeciej śladów żelaza i t. d.

Niezmiernie charakterystycznymi są także zwroty w dziedzinie dyetetyki przy używaniu wód mineralnych — i na tym punkcie mam się właściwie specyalnie zatrymać. Z dawien dawna, jak wiadomo, uważa się za nieodzowne przy piciu wód mineralnych przestrzeganie pewnej określonej dyety. Najściślejsza jest ona przy wodach karlsbadzkich i polega na używaniu przeważnie lub wyłącznie mięsa białego (cielęcina, drób, ryby), starannem unikaniu pokarmów tłustych i ciężkich (np. gęsina), wszelkich ostrych sosów i przypraw, kwasów, sera, wreszcie unikaniu surowizny (surowych owoców, ogórków). W tym duchu urobiła się nawet w Karlsbadzie specyalna kuchnia — „kurgemässe Küche“, gotująca możebnie chudo i łagodnie, bez ostrych przypraw, z zup znająca właściwie tylko rosół i delikatne zupy jarzynowe.

Przekonanie o nieodzowności określonej ścisłej dyety jest jeszcze u większości (niedawno było u ogółu) kuracyuszów karlsbadzkich tak silne, że przekroczenie tej dyety w tym czy innym kierunku uważane było za rzecz niezmiernie niebezpieczną, a nawet ten i ów wypadek śmierci podczas lub wkrótce po kuracyi karlsbadzkiej wskutek „zapalenia kiszek“ sprowadzano na zjedzenie ogórka, sera, bigosu i t. d.

Tymczasem w ostatniej epoce słychać tu i owdzie pojedyncze głosy, iż cała ta dyeta karlsbadzka jest to archaiczny zabytek grubej empiryi, iż nie wytrzymuje ona „naukowej“ krytyki, iż przy wodach karlsbadzkich właśnie obowiązuje tylko taka dyeta, jakiej wymaga stan chorobowy, poza tem zaś pacyent, o ile zdrów jest na żołądek i kiszki, może sobie jeść, co mu się podoba. „Dla czegoż nawet artrytycy nie mają używać ciemnego mięsa, a tylko białe, skoro rozbiory chemiczne nie wykazują różnicy pomiędzy jednym a drugim rodzajem mięsa?“ „Dlaczego mamy przy karlsbadzkiej wodzie unikać kwasów: czyż zasada, obecna w wodzie, nie zobojętni tych kwasów?“ „Dlaczego nie mamy dawać surowych owoców? Czy istnieją w nich jakie składniki, któreby się nie zgadzały ze składnikami wody karlsbadzkiej?“

Zgodnie z tymi głosami coraz częściej w oknach wystawowych handlów korzennych w Karlsbadzie widuje się stosy zimnych mięsiw, kosze owoców, które konsumuje ten i ów kuracyusz, tryumfująco ogłaszając światu, iż „nic mu się nie stało“... Nawet uważają, że jedzenie surowizn „dobrze robi“ przy wodzie karlsbadzkiej, iż wobec tego nie unikać, ale używać je należy przy kuracyi karlsbadzkiej.

Na czem polega to: „dobrze robi“, trudno się dowiedzieć, jak zresztą wogóle przy wielu innego rodzaju zabiegach i środkach leczniczych z opinią: „dobrze robi“. Jeżeli zaś chodzi o nakaz używania surowizn czy kwasów, czy innych rzeczy, jeszcze niedawno tak źle renomowanych w Karlsbadzie, to tutaj zachodzi pomieszanie pojęć, trafiające się niezbyt rzadko nietylko w medycynie, a które stwierdzenie pewnego faktu uważa za nakaz tego faktu w postępowaniu praktycznem. Logika tego rodzaju prowadziła jeszcze niedawno do nakazów dawania obfitego jadła chorym durowym, przedewszystkiem dlatego, iż stwierdzono dobrą przyswajalność pokarmów mięsnych w przewodzie pokarmowym w przebiegu chorób gorączkowych [2]). Ale tego rodzaju racyonalizm terapeutyczny zapomina o dwóch właściwościach ustrojów żyjących, które nazywamy odpornością i indywidualnością. Na mocy tych właściwości dziesięciu wypije wodę zakażoną, a tylko jeden dostanie duru; — dwudziestu połknie hodowlę prątków cholerycznych, a tylko jeden dostanie biegunki z wypróżnieniami ryżowatemi. Nie znaczy to jednak bynajmniej, by prątki choleryczne były tworami obojętnymi, by dozwolonem było używanie wody podejrzanej. Przeciwnie, mimo całą elastyczność ustroju żyjącego — nawet prawnie (w higienie, policyi sanitarnej), trzymamy się obecnie zasady, iż skoro tylko zachodzi możliwość szkodliwości pewnego czynnika dla życia i zdrowia ludzkiego, możliwość nawet stosunkowo w drobnej szansie, to czynnika tego trzeba unikać. I zasadę tę przeprowadzamy praktycznie już nawet wtedy, jeżeli szkodliwość pewna wynika ze względów czysto rozumowych i tembardziej obowiązywać ona będzie, jeżeli szkodliwość dana udowodnioną zostanie faktycznie (empirycznie), choćby tylko w przypadkach pojedynczych.

Otóż co się tyczy przekroczeń dyety karlsbadzkiej, faktem jest, iż przekroczenia te mogą być i bywają szkodliwe, — zapewne nie w tym stopniu, jak to sobie powtarzali dawniej laicy, ale bądź co bądź nie w najmniejszym. Faktem jest, że jeżeli 15 czy 20 kuracyuszów jada sobie bez widocznej szkody owoce, wieprzowinę z kapustą i t. d., to dwudziesty pierwszy płaci za to ostremi zaburzeniami, na jakie wskazywała dawna „empirya“, gnieceniem w dołku ostrem wzdęciem brzucha, biegunką o charakterze dyzenterycznym. Szczególnie często spostrzega się przypadki ostatniego rodzaju, odkąd śród pewnej grupy kuracyuszów karlsbadzkich stało się prawdziwą modą spożywanie surowizn: w ubiegłym sezonie widziałem ich cały szereg i mógłbym je nazwać po imieniu. Niektóre z tych przypadków sprowadzało się na zmiany atmosferyczne (zaziębienie) i niewątpliwie zdarzają się w Karlsbadzie zaburzenia kiszkowe i tej etyo-

[2]) Chodziło zapewne tutaj jeszcze i o przeciwdziałanie stratom na wadze podczas tych zachorowań.

logii; inni chorzy wystraszeni, wprost się przyznali do używania surowizn [3]).

Tak się przedstawia sprawa dyety karlsbadzkiej „empirycznie“, a do tego dochodzą względy rozumowe, oparte na wynikach rzetelnego doświadczenia lekarskiego, które pytają. A więc — jeżeli surowizna (szczególnie ogórki) wogóle nie jest rzeczą łatwo strawną, jeżeli już u ludzi zdrowych (u dzieci) powstawać mogą ostre rozstroje trawienia, szczególnie pod wpływem większych ilości surowizny, jeżeli wobec tego kuracyę winogronową zaleca się przeprowadzać ostrożnie i pod dozorem lekarskim, to dlaczego ta sama surowizna (owoce surowe) ma być dozwolona, nawet „pożyteczna“ przy wodach karlsbadzkich, kiedy w przebiegu leczenia powstaje pewien stan podrażnienia dróg trawiennych, o b o s t r z e n i e [4]) *w locus minoris resistentiae*, jak tego dowodem tak częste napady kamicy żółciowej w Karlsbadzie? Dlaczego ma być dozwolonem wtedy użycie wszelkich pokarmów, jak np. tłustych gatunków mięsa (gęsiny), kiedy nawet z doświadczenia na zwierzęciu wiemy o mniejszej strawności takich gatunków w porównaniu z chudemi? Dlaczego ma być dozwolonym ser, który jest łatwo strawnym tylko w epruwetce, ale dla żołądka słabszego jest jednym z najcięższych pokarmów? Czy ma być „przesądem“ żywienie pacyentów przeważnie mięsem białem, skoro już fizyologia uczy, iż mięso białe, mięso zwierząt młodych, jako wodnistsze, jest łatwiej strawne, łagodniejsze, niż mięso ciemne (szczególnie dziczyzna) w innego rodzaju przypadkach, co zresztą, zawsze „przez doświadczenie“, uwzględniała medycyna praktyczna? Czy istotnie do mytów należy znaczenie dla ustroju pewnej odmiany w odżywianiu, choćby pozornie tak drobnej z punktu widzenia chemii lekarskiej, jak zamiana mięsa czarnego na białe i rybę, skoro ustrój ludzki niemal wprost żywiołowo, instynktownie dąży do zmiany pokarmów, co znalazło nawet wyraz w prawodawstwie religijnem i obyczajowem różnych mędrców starożytności? Czyż wolno pozwalać chorym na dnę, przyjeżdżającym do Karlsbadu, jeść mięsa, ile im się podoba, skoro wbrew wszelkiej doktrynery laboratoryjnej lekarz trzeźwy zawsze przytoczy dowody szkodliwości wyłącznego czy przeważnego żywienia się mięsem?

Także i wiele innych pytań przeciwstawi klinicysta różnym pozornie racyonalnym reformom w zakresie omawianym. W wynikach cała sprawa ściąga się do tego, że różne normy dyetetyczne, jakie się wyrobiły z biegiem lat przy leczeniu źródłami mineralnemi, specyalnie karlsbadzkiemi, to nie zaśniedziała pozostałość grubej empiryi, ale wynik drobiazgowego spostrzegania, które tyle znaczy w medycynie praktycznej i jest, że powiem, właściwością prawdziwego „zmysłu klinicznego“. Niewątpliwie i tutaj zdarzać się może przesada, niewątpliwie pod nazwą empiryi lekarskiej. Kursuje także niemało różnych błędnych pojęć i mistycznie zabarwionych poglądów, a mimo to wszystko pamiętać zawsze należy, że i w medycynie, podobnie, jak w innych gałęziach wiedzy ludzkiej, poznanie empiryczne wyprzedzać może poznanie „naukowe“ i wobec tego odrzucanie pewnego faktu empirycznego dlatego, iż nie mieści się on w istniejących w danej chwili kadrach czystej nauki, nie zawsze wypada na pożytek chorych.

[3]) Co znaczy w tych razach indywidualność, jaskrawo wykazał mi przypadek, którego od początku byłem naocznym świadkiem. Przy wspólnym obiedzie w Karlsbadzie jeden z moich pacyentów za przykładem swego postępowego przyjaciela jadł kotlety wieprzowe z kapustą (Sauerkraut). Przyjaciel pozostał zdrów, pacyent zaś mój cierpiał całe pół dnia na gniecenie w dołku, wzdęcie, odbijanie — i zarzekł się raz na zawsze odstępować od przepisanej ściślejszej dyety.

[4]) Porównaj mój artykuł: „Po sezonie w Karlsbadzie“. „Medycyna“, 1904.

II. Sanatoryjne leczenie suchot płucnych [1]).

Całokształt leczenia higieniczno-dyetetycznego daje się najkorzystniej zastosować w zamkniętych zakładach leczniczych (sanatoryach). Tam bowiem realizują się, że tak powiedzieć można w najlepszym gatunku, wszystkie omawiane czynniki, a nadto istnieje jeszcze czynnik niepospolitego znaczenia, t. j. oderwanie się chorych od ich zwykłego, w ogromnej większości przypadków niehigienicznego sposobu życia, wyczerpującego jednych fizycznie, a drugich umysłowo. Jednocześnie cały system leczniczy odbywa się pod kierunkiem lekarza; umiejętnem indywidualizowaniem prostych higienicznych środków potrafi on nieraz szybko osiągnąć chociażby podmiotową poprawę u chorego, a tą drogą odrazu wzbudzić jego zaufanie i wiarę w daną metodą leczniczą, zachęcić do wytrwałości na podstawie przykładów poprawy i wyleczenia najbliższych sąsiadów. Ten wpływ psychiczny, poniekąd sugestyjny lekarza zakładowego, odgrywa w praktyce sanatoryjnej niepospolitą rolę; większe powodzenie i wyniki lecznicze jednych zakładów w porównaniu z drugimi najczęściej, zdaniem mojem, zależą nietyle od mniejszego lub większego komfortu ich urządzenia, lepszego topograficznego położenia, ile od indywidualnych właściwości ich kierownika. Oprócz odpowiedniego wykształcenia fachowego, lekarz zakładowy winien posiadać niezwykłe zalety charakteru i umysłu, aby mógł ów sugestyjny wpływ z korzyścią wywierać na chorych.

Zakłady lecznicze obok wysoce dla chorych korzystnych warunków mają jeszcze dla nich znaczenie, które poniekąd nazwaćby można pedagogicznem. Chory bowiem, przebywszy w sanatoryum krótszy lub dłuższy okres czasu, wdraża się w system higienicznego życia i, o ile jest niezbyt lekkomyślnego charakteru, stara się w dalszym ciągu w domu, nieraz przez całe życie, doń zastosować. Chorzy tacy, wróciwszy do swoich ognisk domowych, wpajają wszędzie w otoczenie zasady rozumnej higieny dróg oddechowych, a przykład dobrego wyniku leczenia zakładowego pobudza innych chorych we wczesnych okresach do szukania pomocy na tejże drodze.

Zakłady lecznicze obok tych wielce dodatnich stron posiadają często i strony ujemne, które należy także pokrótce rozpatrzeć. I tak doświadczenie wykazuje, że wogóle w większości zakładów szukają pomocy suchotnicy, będący w okresach daleko rozwiniętej choroby; dla tego też dla pozostałej części chorych, znajdujących się w okresach wcześniejszych choroby, bezustanne towarzystwo, szczególniej w zimowych miesiącach, suchotników, jeśli się tak wyrazić można, na ostatnich nogach, robi pobyt nadzwyczaj przykrym, a nawet dla wielu mocno wrażliwych wprost niemo-

[1]) Wyjątek z III tomu dzieła dr. Alfreda Sokołowskiego p. t. „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych“. Warszawa, 1906.

żliwym. Bezustanny kaszel i plucie, krwotoki, co chwila na prawo i lewo wydarzające się, ciągła rozmowa chorych o gorączce, kawernach i krytyka leczenia i lekarzy, a wreszcie śmierć, niezbyt rzadko szczerby robiąca w towarzyszach niedoli, wywołuje uczucie przygnębienia, a z niem związane opuszczanie zakładów, które skądinąd na ich sprawę chorobową dodatni wpływ poczynały wywierać. Naturalnie właściciele zakładów, jako instytucyi nie filantropijnych, lecz finansowych, wyjątkowo tylko mogą robić wybór, odmawiać przyjęcia ciężko chorych, a wogóle przyjmują wszystkich zgłaszających się. Szkopuł ten jest kapitalnym i o niego, zdaniem mojem, rozbija się szerszy rozwój prywatnych zakładów, w których widzimy ze zdumieniem przedewszystkiem chorych, najmniej odpowiednich do leczenia zakładowego.

Drugi ujemny czynnik zakładów stanowi ta okoliczność, że większość sanatoryów pomimowoli ma pewne sezony, t. j. okresy, w których gromadzi się większa ilość chorych, n. p. w niektórych latem, a w innych n. p. w Davos, zimą; stąd też w chwilach owego przeludnienia, szczególniej w zakładach większych, cały system zakładowy przyjmuje charakter szablonowej rutyny; indywidualność chorego zatraca się, ścisła kontrola i dozór nad chorymi stają się iluzorycznymi, a żywienie w tych sezonach przedstawia wielokrotnie wiele do życzenia.

O innych ujemnych stronach zakładów, n. p. o wielce wygórowanych w większości cenach, dostępnych przeważnie dla bogatej klasy ludności, o pewnych niewłaściwych, zbyt szablonowych kuracyach, zależnych od wielce nieraz jednostronnych poglądów ich kierowników, nie będę się bliżej rozwodził, są to bowiem zarzuty względnie mniejszej doniosłości.

Jeśli zakłady lecznicze mają w istocie odegrać w przyszłości wielką i słuszną rolę w leczeniu suchot, co zdaniem mojem nie ulega najmniejszej wątpliwości, to winny one rozwijać się w następujących kierunkach: 1) należy tworzyć zakłady średniej wielkości na 30, najwyżej 50 chorych; 2) dzielić je, podobnie jak to ma miejsce z zakładami psychiatrycznymi, na 2 odrębne kategorye: dla chorych w początkowych okresach choroby i dla chorych w okresach dalej rozwiniętej choroby; 3) obok zakładów dla ludzi zamożnych należy przedewszystkiem zakładać sanatorya dla osób średnio zamożnych, z mniejszym komfortem i mniejszemi wymaganiami, za to pod względem ceny dla nich dostępne. O sanatoryach dla biednych suchotników wspomnę jeszcze niżej.

Jacy chorzy nadają się do sanatoryów, czyli jakie są dla nich wskazania? Odpowiedź na to pytanie da się sformułować jedynie w ten sposób: w zasadzie wszystkie formy i okresy suchot najwłaściwiej i najstosowniej w zakładach leczonymi być powinny, gdyby zakłady były zreformowane w sposób wyżej wzmiankowany. Właściwie więc nie wskazania, lecz przeciwwskazania wynikają z wyżej powiedzianego. Zawsze i przedewszystkiem najwdzięczniejszem polem dla kuracyi sanatoryjnej będą chorzy, znajdujący się we wczesnych okresach choroby, a szczególniej osobniki młode, pozbawione bliższej opieki, które wymagają obok leczenia ścisłego dozoru. Tacy bowiem chorzy, jak to smutne doświadczenie zbyt często wykazuje, puszczeni luzem po tak zwanych miejscach kąpielowych, zamiast leczenia oddają się różnorodnym nadużyciom (in Baccho et Venere), męczącym wycieczkom i t. p., a tą drogą zstępują szybko nieraz nawet w najlepszych miejscach klimatycznych w okres pełnego rozwoju choroby. A że nawet i chorzy nieraz z daleko posuniętą chorobą w dobrych warunkach zakładowych przy stałej opiece i dobrze kierowanej odpowiedniej terapii wielokrotnie znakomitą poprawę odnieść są w stanie, o tem wspominają z naciskiem w swych sprawozdaniach lekarze zakładowi, co i również osobiście ongi w Goerbersdorfie spostrzegałem.

Natomiast mniej nadawać się będą do leczenia w zakładzie zamkniętym osobniki mocno zdenerwowane, suchotnicy, u których jednocześnie dominują objawy neurasteniczne; — osobniki, dotknięte bardzo przewlekłemi postaciami suchot włóknistych przy ogólnem dobrem odżywianiu, a nawet pewnym stopniu otyłości; osobniki, u których na pierwszy plan występują oddawna istniejące zaburzenia w trawieniu, wymagające specyalnej dyety; — dalej osobniki starsze, spokojne, trudno dające się w późniejszym wieku nakłonić do pewnego ścisłego systemu, zmiany trybu życia i t. p. Te kategorye chorych w zakładach zamkniętych nie mają się dobrze; najczęściej szybko je opuszczają, a natomiast poprawiają się często, mieszkając w miejscach kuracyjnych osobno, stosując indywidualną dla siebie dyetę i sposób życia, do którego przywykli.

Istniejące dotychczas w Europie zakłady lecznicze dla suchotników w ścisłem tego słowa znaczeniu dają się podzielić na trzy główne kategorye: 1) Zakłady o podstawie czysto higieniczno-dyetycznej, w których pewne odrębne właściwości klimatyczne, z wyjątkiem naturalnie dobrego i zdrowego położenia, schodzą na plan drugi. Typ podobnego zakładu urzeczywistnił Dettweiler w założonym i prowadzonym wzorowo przez siebie długie lata zakładzie w Falkenstein pod Frankfurtem nad Menem, w miejscowości zdrowo położonej wśród lasów, lecz niewysoko wzniesionej (około 400 metrów). Otrzymane tam wyborne wyniki dały pochop do twierdzenia, że sanatoryum dla gruźliczych może powstać w każdej zdrowo położonej miejscowości.

2) Do drugiej, wprost przeciwnej kategoryi zaliczyć należy zakłady o podstawie, jeśli tak nazwać można, klimatyczno-górskiej. W nich bowiem główną zasadę leczenia stanowi wpływ przypuszczalnie swoisty klimatu *par excellence* górskiego, naturalnie obok leczenia higieniczno-dyetetycznego, odgrywającego rolę czynnika współrzędnego, a właściwie drugorzędnego. Typem tego rodzaju zakładów jest powołane do życia przed trzydziestu laty przez Sprenglera sanatoryum w Davos w Szwajcaryi (a właściwie mówiąc, szereg rozmaitych sanatoryów), wzniesione na 1600 metrów nad poziom morza. Miejscowość ta jest wybornie osłonięta od wiatrów, mocno usłoneczniona, posiada szereg urządzeń w wysokim stopniu higienicznych, realizujących wszystkie warunki, konieczne dla terapii klimatyczno-dyetetycznej. Wielkie wzniesienie tej miejscowości nad poziomem morza, a tem samem pewne znaczenie w tym kierunku przy leczeniu suchot płucnych obok wzorowych urządzeń i pewnej tradycyi leczniczej wytworzyło z Davos jedną z najznakomitszych stacyi klimatycznych dla suchotników, a wyniki tam otrzymane, co również na moich licznych chorych potwierdzić mogłem, należą bez zaprzeczenia do istotnych tryumfów leczenia sanatoryjno-górskiego. Do ujemnych stron zakładów wysoko-górskich zaliczyć należy tę okoliczność, że mają one sezon ograniczony, gdyż miesiące wiosenne od marca do czerwca sta-

nowią epokę topnienia śniegów, podczas której panują stale mocno suche górskie wiatry, usposabiające chorych do świeżych nieżytów oskrzelowych, krwioplué, a nawet ostrych zapaleń płuc, panujących podówczas nieraz epidemicznie i t. p.; stąd też chorzy w tym okresie muszą się przenieść do innych, niżej położonych miejscowości, co jest dla nich okolicznością niepożądaną.

3) Trzecim wreszcie typem sanatoryum dla suchotników są zakłady o podstawie mieszanej, w których obok leczenia klimatycznego górskiego, dzięki mniejszemu lub większemu wzniesieniu nad poziom morza, jest zostosowana metoda higieniczno-dyetetyczna. Do tej kategoryi należy prototyp zakładów leczniczych — sanatoryum Brehmera w Goerbersdorfie na Szląsku, położone na wysokości około 600 metrów na poziom morza we wspaniałym sosnowym parku, otoczonym górami, porosłemi iglastym lasem. Obok odpowiednich urządzeń przechował zakład ten dotychczas tradycye lecznicze, przekazane przez swego twórcę, mianowicie: ścisły nadzór lekarski, obfite pożywienie, w którem potrawy mleczne i tłuste wielką odgrywają rolę; znaczne uwzględnienie ruchu przez stopniowe wchodzenie po łagodnie wznoszących się drogach, użycie hidropatyi w odpowiednich przypadkach i t. p. Dodatnią stronę Goerbersdorfu stanowi ta okoliczność, że sezon trwa cały rok. roztopy bowiem wiosenne są nieznaczne i nie wywołują żadnych bardzo ujemnych wpływów na chorych.

Na wzór owych trzech typów powstały w Europie w ciągu ostatnich dwudziestu lat całe dziesiątki, a nawet setki najróżnorodniejszych zakładów, prowadzących leczenie na wyżej omówionych podstawach. Uważam za zbyteczne wyliczać te zakłady; ograniczę się do wymienienia najważniejszych [2]).

W Szwajcaryi, gdzie dominuje typ sanatoryów górskich, obok Davosu, w którym istnieje szereg wzorowo i z wysokim komfortem urządzonych zakładów (Spenglera, Turbana, Danneggera i t. d.), znajdują się jeszcze Arosa (1892 m), Leysin (1450 m.), Les Avants (1000 m.), Glions, Caux (nad jeziorem Genewskiem) i t. d.

W Niemczech: Goerbersdorf, gdzie obok zakładu Bremerowskiego istnieją cztery inne (dr. Römplera, dr. Weickera, (dla mniej zamożnych), Reiboldsgrün (700 m.) w Saksonii, St. Blasien (1800 m.), Wehrawald (862 m.) w Badeńskiem, Hohenhonnef (230 m) nad Renem koło Bonn, Schömberg (w Wirtemberskiem), Andreasberg w górach Harcu, Nordrach (w Badeńskiem) sanatoryum dr. Waltera o odrębnym typie z oddzielnych małych domków, i bardzo wiele innych.

Na Węgrzech: Szmeks, położony w najpiękniejszej części Karpat. W Tyrolu południowym Arco. W Danii Veilefiord na wschodniem wybrzeżu Jutlandyi nad przepięknym fiordem Vejle, sanatoryum bardzo wygodnie urządzone, otoczone wielkiemi leśnemi przestrzeniami. W Norwegii sanatoryum Tonsaasen, położone między Bergen a Chrystyanią (600 m. nad p m.), otoczone wysokiemi górami i olbrzymim lasem sosnowym. We Francyi w Canigou w pobliżu Vernet les Bains we wschodnich Pyrenejach (700 m.), w Durtol (Puy-de-Dôme, 520 metrów), Chanteloup przy Lagny (Seine et Marne), Trespoey blizko Pau, w Gorbio w pobliżu Mentony, Mont des Oiseaux około Hyères i t. d. W Anglii istnieją liczne sanatorya, szczególniej na wybrzeżu morskiem, na wyspie Wight.

Od dwóch lat posiadamy w Zakopanem jedno z piękniejszych sanatoryów górskich (1000 m) pod względem uroczego położenia w najpiękniejszej części Tatr, w miejscu doskonale osłonionem od wiatrów i wybornie osłonecznionem; jednocześnie urządzenie wewnętrzne sanatoryum, wzorowane na najnowszych tego rodzaju szwajcarskich i niemieckich zakładach, nie pozostawia nic pod tym względem do życzenia (centralne ogrzewanie, światło i windy elektryczne, obszerny park i t. p). Zakład mieści do 80 chorych, a dotychczasowe wyniki z pobytu w nim chorych, podane przez jego kierownika dr. Dłuskiego, nie ustępują w niczem wynikom, podawanym przez najlepsze sanatorya górskie szwajcarskie. W Zakopanem istnieje również mniejsze sanatoryum (dr. Hawranka) i szereg pensyonatów, urządzonych na wzór małych sanatoryów szwajcarskich. W Zakopanem, które, wogóle biorąc, nie ma zbyt przykrego okresu wiosennego topnienia śniegów, chorzy pozostawać mogą przez cały rok. Zimowe miesiące, podobnie jak i w innych wysokich górach, przedstawiają bardzo odpowiedni okres dla leczenia: mocne osłonecznienie, brak kurzu i powietrze mroźne a suche, bez gwałtownych zmian atmosferycznych, pozwalają chorym wiele godzin z rzędu pozostawać na powietrzu.

W Królestwie posiadamy od lat prawie dwudziestu sanatoryum w Otwocku (godzinę koleją od Warszawy), założone i prowadzone dotychczas przez drów Geislera i Wrońskiego. Sanatoryum, wygodnie urządzone, pomieścić może 50 chorych. Położone jest ono w miejscowości bardzo zdrowej, na równinie wśród lasów sosnowych, kilka mil kwadratowych obszaru mających. Wyniki lecznicze, które mogłem sprawdzić u bardzo licznych chorych, przebywających rokrocznie na kuracyi tak latem, jak zimą, są bardzo dodatnie, a szczególniej w poczynających się okresach choroby nie ustępują wynikom w innych sanatoryach zagranicznych tego typu. W Otwocku istnieje jeszcze kilka mniejszych sanatoryów.

W roku przyszłym (1906) ukończone będzie sanatoryum w Rudce pod Warszawą, przeznaczone dla mniej zamożnych chorych, kosztem ofiarności publicznej pod egidą warszawskiego Tow. higienicznego.

W Cesarstwie Rosyjskiem istnieją zakłady dla chorych zamożniejszych w Finlandyi w Pitkäjarvi (dr. Pezold), w Lindheim (Liflandja, dr. Treu), w Krymie w Jałcie (Gastria, dr. Lebedewa, Webera). Oprócz tego istnieje kilka sanatoryów, założonych przez państwo lub instytucye dobroczynne, do których przyjmowane są na leczenie osoby mniej zamożne za pewną umiarkowaną opłatą: w cesarskiem sanatoryum w Halila w Finlandyi, pod zarządem dr. Gabriłowicza (40—75 rb. miesięcznie), w Taizy pod Petersburgiem (40—60 rb.), w sanatoryum imienia cesarza Aleksandra III w Jałcie (40 rb.). Dalej znajduje się kilka prywatnych sanatoryów jeszcze nie zupełnie ukończonych, jak w Takalarju w Finlandyi, pod Kijowem, na Kaukazie (w Gagrach).

Wyniki leczenia sanatoryjnego w zakładach dla zamożnych chorych podług szczegółowych sprawozdań ich kiero-

[2]) Bliższe szczegóły, odnoszące się do zakładów, ich urządzenia, kosztów budowy, wyników leczenia i t. p szczegółów, znajdzie czytelnik w pracach Sekcyi gruźliczej (1901) w sprawozdaniu drów Dłuskiego, Jaruntowskiego i Wrońskiego.

wników są wielce sprzeczne; dane liczbowe dążą do wykazania jak najlepszych wyników na podstawie procentowych tablic. Cyfry te mało przemawiają na korzyść jednego lub drugiego zakładu, gdyż zależą w wysokim stopniu od rodzaju chorych, długości ich pobytu, stopnia zamożności i t. p. Najprawdopodobniejsze cyfry, jeśli ostatecznie o nie chodzi, podane zostały przez dr. Hessego; opierają się one na statystyce zakładu w Falkensteinie z przeciągu 25 lat i liczby 7000 chorych; mianowicie: 14—15% zupełnych wyleczeń, 15% względnych, 30% polepszeń. Wogóle przeciętna z innych zakładów, przedstawiających razem ogromną liczbę kilkunastu tysięcy chorych, wynosi około 50% popraw. W niektórych sanatoryach, jak n. p. u Turbana w Davosie i w Vejle u Saugmana, wyniki są cyfrowo o wiele lepsze; w tych bowiem zakładach znajdowała się przeciętnie znaczna liczba chorych w pierwszym okresie choroby (15% w Vejle[3]), a jednocześnie chorzy przebywali bardzo długą liczbę dni kuracyjnych, co naturalnie zależy od stopnia kultury, stanu zamożności danych społeczeństw i rozumienia doniosłości leczenia pierwotnych okresów choroby. Stąd też rodzi się nadzieja, że w przyszłości zakłady lecznicze dawać będą jeszcze lepsze wyniki. Dziś już w każdym razie na pewno twierdzić można, że wyniki, osiągnięte tą drogą, przewyższają wszystkie inne metody lecznicze, dotychczas stosowane u suchotników.

Wielce pomyślne wyniki leczenia sanatoryjnego dotyczą niestety tylko nieskończenie małej cząstki ogólnej liczby suchotników; sanatoryjne bowiem leczenie dostępne było jedynie bardzo zamożnym chorym, mogącym wydawać przeciętnie 10 do 20 franków dziennie, do tego przez wiele miesięcy z rzędu. Lekarze jednakże mocno uspołecznieni, idąc za przykładem Anglii, w której od wielu dziesiątek lat utworzono specyalne szpitale dla suchotników, nietylko w Londynie, ale i nad morzem, pomyśleli o pomocy odpowiedniej dla niezamożnych chorych; urządzają dla nich specyalne zakłady, naturalnie z mniejszym nakładem pieniężnym, prostej konstrukcyi, realizując jednakże podstawowe zasady leczenia sanatoryjnego przez dostarczenie chorym pomieszczenia w zdrowych wiejskich warunkach przy jednoczesnie dobrem ich odżywianiu. Szeroka agitacya w tym kierunku, pobudzająca ofiarność publiczną, przy pomocy rządu rozwinęła się pięknie, zwłaszcza w ciągu ostatnich lat pięciu w Niemczech, zawdzięczając usilnej pracy Leydena, Dettweilera, Gerhardta, Schrödera, Fraenkela, Ziemssena i wielu innych, którzy powoływali do życia, poczynając od 1894 roku, coraz to nowe sanatorya w różnych okolicach Niemiec. Sprawa przyjęła jeszcze większy rozmiar praktyczny, gdy towarzystwa zyskały opiekę rządową i szeroką subwencyę od Kas, zabezpieczających robotników na starość i na wypadek choroby; poświęcono z tych sum wiele milionów na budowę nowych zakładów, przekonano się bowiem, że połowa chorych robotników fabrycznych zapada na gruźlicę, a leczenie sanatoryjne, poczęte we wczesnym okresie, nietylko wstrzymuje chorobę w rozwoju, lecz i nadal, i to nieraz na długie lata, czyni ich zdolnymi do pracy. Aby dać przykład niezwykłej działalności w tym kierunku w Niemczech, wspomnimy, że podług sprawozdania urzędowego w 1902 roku kosztem Kas zabezpieczenia leczyło się w różnorodnych zakładach około 17.000 suchotników, z których około 78% uzyskało znakomitą poprawę, a z poprawionych 31% jeszcze po upływie 5 lat (1898—1902) zachowało zdrowie i zdolność do pracy[4]). W końcu roku 1904 znajdowało się w Niemczech nie mniej, jak 100 zakładów ludowych, rozporządzających około 6000 miejsc dla suchotników; przebywają zaś oni przeciętnie około 100 dni kuracyi. Pomimo różnorodnych zarzutów, czynionych w ostatnich czasach w samychże Niemczech tym wysoce pożytecznym instytucyom, rozwijają się one stale i coraz szerzej, stanowiąc przepiękny wzór do naśladowania dla innych społeczeństw.

W Anglii już w roku 1899 podług sprawozdania Waltera z liczby 330 domów dla rekonwalescentów, położonych wybornie na świeżem powietrzu, w 150 z nich o 7 tysiącach łóżek znajdują pomieszczenie początkowe okresy suchot; w ostatnich zaś latach zbudowano całe szeregi specyalnych sanatoryów dla biednych.

We Francyi wytworzono przy pomocy t. zw. lig przeciwgruźliczych, opartych przeważnie na dobroczynności publicznej i pewnej podporze państwowej, całe szeregi ludowych sanatoryów nietylko dla dorosłych, lecz i dla dzieci, dotkniętych gruźlicą[5]). Stowarzyszenia przeciwgruźlicze urządzają jednocześnie obok sanatoryów na świeżem powietrzu i ambulatorya (t. zw. *dispensaires pour tuberculeux*) w miastach, udzielające pomocy nietylko lekarskiej, lecz jednocześnie i materyalnej chorym gruźliczym i ich rodzinom (mleko, mięso, węgle, zasiłki pieniężne). Ambulatorya te, zapoczątkowane przez dr. Calmetta w Lille i utworzone we wszystkich większych miastach Francyi i sąsiedniej Belgii, stanowią niezwykle ważny i pożyteczny dodatek leczenia sanatoryjnego.

W Danii i Szwecyi, w których rozwinęła się szybko idea walki z gruźlicą, powstały również w ostatnich latach sanatorya i ambulatorya. W Danii sanatoryum dla biednych suchotników w Borserup pod Kopenhagą stanowić może wzór podobnych instytucyi.

Zakres pracy niniejszej nie pozwala mi się szerzej rozwodzić nad urządzeniami sanatoryów ludowych w innych krajach. Temat ten stanowi dzisiaj przedmiot bardzo obszernej odnośnej literatury. Szczegółom rozwoju walki z gruźlicą i opisom nowych sanatoryów, wynikom leczniczym i t. p. poświęcone są nawet oddzielne wydawnictwa peryodyczne, z których najpoważniejsze wymieniam: „Zeitschrift f. Tuberculose und Heilstättenwesen“, wychodzące od lat kilku w Lipsku, „La lutte antituberculeuse“, miesięcznik, wydawany w Paryżu.

W obrębie Cesarstwa Rosyjskiego od lat kilku powstało kilka sanatoryów dla leczenia biednych suchotników, zbudowanych kosztem państwa, bądź instytucyi dobroczynnych (Halila w Finlandyi, pod Petersburgiem, w Kurlandyi, w Jałcie, na Kaukazie); jednocześnie projektowana jest budowa kilku innych zakładów. Wogóle jednakże ilość tych sanatoryów tak jest małą, że zaledwie mogą one być nazwane zapoczątkowaniem w tym kierunku.

[3]) Patrz bliższe szczegóły w sprawozdaniu mojem o sanatoryach duńskich (Listy z podróży). „Gazeta Lekarska“ 1904.

[4]) Neuere Statistiken über Tuberculose. „Berlin. klinische Wochenschrift“, 1904.

[5]) Szczegóły patrz w interesującej broszurce „Moyens pratiques pour placer un tuberculeux“. Paris 1903.

W Królestwie Polskiem, pomimo usilnych nawoływań lekarzy od lat przeszło dwudziestu [6]) nic pod tym względem nie zrobiono; nie mamy bowiem dotychczas ani jednego sanatoryum ludowego w ścisłem znaczeniu tego wyrazu; nawet budujący się zakład w Rudce dla braku odpowiedniego funduszu przeznaczonym będzie z musu dla chorych mniej zamożnych, mogących pokryć w nim swoje utrzymanie. Jest to objaw bardzo smutny, który da się jednakże wytłómaczyć brakiem samorządu miejscowego, gdyż nawet w najbogatszych społeczeństwach sama dobroczynność prywatna nie jest w stanie zbudować potrzebnej ilości sanatoryów, a tembardziej je utrzymywać; jedynie przy stałej i szerokiej pomocy państwa instytucye te, wysoce humanitarne, mogą powstawać i rozwijać się należycie.

Jak już wyżej wzmiankowałem, w Niemczech powstało w ostatnich latach pewne zniechęcenie do sanatoryów ludowych, oparte na tym niewytrzymującym krytyki poglądzie, że olbrzymich kosztów, jakie łoży państwo i społeczeństwo na nie, nie usprawiedliwiają wyniki lecznicze; bo jakkolwiek ogromny procent chorych opuszcza lecznice ze znakomitą poprawą, to większość wszakże po pewnym mniejszym lub dłuższym przeciągu czasu zapada znowu na pierwotne cierpienie i zmuszoną bywa wstąpić do zakładu. Zarzuty te nie mają najmniejszej podstawy z punktu widzenia lekarskiego; wiemy bowiem doskonale, że w ogromnej większości przypadków wyleczenie suchot bywa tylko względnem; po pewnym czasie następuje odnowienie się sprawy i to tem prędzej, im w gorszych warunkach znajdują się osobniki, z jakich rekrutują się sanatorya ludowe. Przeciwnie zaś, recydywa bywa rzadsza i późniejsza, gdy warunki nadal pozostaną dobrymi. Nie metodę więc leczniczą winić należy, lecz zły i nieodpowiedni ustrój społeczny klas biednych, a z drugiej strony i tę okoliczność, że osobniki przebywają w zakładach stosunkowo niezbyt długo z powodu niedostatecznej naturalnie ilości miejsc, a następnie wracają wprost do swoich ciężkich zajęć. W ostatnich więc latach w Niemczech i Francyi, w których reformy społeczne klas pracujących postępują coraz bardziej naprzód, pomyślano i o uzupełnieniu leczenia sanatoryjnego biednych osobników; w tym celu wytworzono instytucye pośrednie, t. zw. kolonie dla rekonwalescentów, w których mogą czas pewien jeszcze przebywać chorzy po ustąpieniu z zakładów; dalej istnieją kolonie rolnicze, w których byli pacyenci zakładowi zajmują się rolą lub ogrodnictwem przez pewien czas, zanim powrócą do swoich miejskich zajęć. To uzupełnienie leczenia zakładowego z pewnością wpłynie z czasem na to, że wyniki metody sanatoryjnej i dla tej kategoryi suchotników będą o wiele jeszcze lepsze.

Skreśliliśmy powyżej w ogólnym zarysie podstawy leczenia higieniczno dyetetycznego suchot, zaznaczywszy zarazem, że leczenie to najlepiej zastosować się daje w odpowiednich zakładach leczniczych. Rodzi się obecnie kwestya, czy leczenie to, tak proste, nie da się przeprowadzić zewnątrz zakładów leczniczych? Ku pytaniu temu mimowoli skłania nas chociażby i ta okoliczność, że, jak zaznaczyliśmy już wyżej, nawet są chorzy i pewne postacie suchot, dla których leczenie sanatoryjne nie jest zbyt odpowiednie, a nawet nieraz przeciwwskazane Z drugiej zaś strony leczenie w sanatoryach jest zbyt kosztowne, jedynie dostępne dla ludzi zamożnych; sanatoryów zaś ludowych u nas dotychczas niema wcale, a nawet w Niemczech wystarczają one dla bardzo niewielkiego procentu biednych suchotników. Nie ulega wątpliwości, że dla ludzi klasy zamożniejszej leczenie sanatoryjne, szczególniej w pierwszych okresach choroby, jest jedynie wskazane. Suchotnicy z przewlekłą postacią, nie gorączkujący, osoby starsze, osobniki bardzo zdenerwowane mogą leczenie sanatoryjne odbyć w jakiejkolwiek stacyi klimatycznej, zależnie od indywidualnego dla nich wskazania; ludzie zaś mniej zamożni leczenie to mogą odbyć na wsi tak dobrze latem, jak i zimą, o ile naturalnie warunki miejscowości, w których przebywać będą, jako też i pomieszczenie ich i żywienie, będą odpowiadać tym podstawowym zasadom, któreśmy wyżej w rozpatrywaniu każdego z czynników terapii higienicznej szczegółowo omawiali. Na podstawie bardzo obszernego pod tym względem materyału mogę zaznaczyć, że u bardzo wielu chorych, nie mogących się z różnorodnych względów umieścić w sanatoryach, z pobytu na wsi (w Otwocku lub gdzieindziej) widziałem nieraz wyniki, nie ustępujące wynikom po pobycie w zakładach. Naturalnie dla przeprowadzenia tego prostego leczenia na wsi, zwłaszcza zimą, trzeba silnej woli i wytrwałości. Wielokrotnie pomyślny wynik osiągałem w ten sposób, że mniej zamożnym pacyentom zalecałem z początku chociażby tylko kilkotygodniowy pobyt w sanatoryum (n. p. w Zakopanem lub w Otwocku), a następnie wielomiesięczne leczenie odbywali oni na wsi, będąc nietylko wdrożeni i wyrutynowani w sanatoryjnem leczeniu, lecz przedewszystkiem pozbawieni przesądów co do przewietrzania mieszkania, odbywania spacerów w zimną pogodę i t. p.

W miastach, a szczególniej większych, leczenie sanatoryjne jest wprost niemożliwe ze względu na brak świeżego powietrza i na inne niekorzystne warunki życia miejskiego. Wprawdzie wyrutynowani pacyenci zakładowi, stosując się do przepisów higieniczno-dyetetycznych, mogą poniekąd dalej prowadzić tę higieniczną metodę życia, jednakże przy zwykłem ich zajęciu i innych niekorzystnych miejskich warunkach, jest to jedynie półśrodek, podtrzymujący ich zdrowie; winni oni jednakże od czasu do czasu, latem, czy zimą, a szczególniej w czasie pogorszenia się sprawy, opuszczać miasto, aby na prawdziwem świeżem powietrzu odbyć kilkutygodniową lub kilkumiesięczną kuracyę, istotnie sanatoryjną. Tę drogą mogą suchotnicy o przewlekłej postaci sprawy nieraz bardzo długie lata utrzymywać się we względnie dobrym stanie, zajmując się w dużych miastach nieraz bardzo ciężką zawodową pracą (lekarze, nauczyciele, adwokaci i t. p.).

O ile więc suchotnicy średnio zamożni mogą nieraz z korzyścią się leczyć i zewnątrz zakładów, o tyle zupełnie biedni suchotnicy, których ilość przeważa, znajdują się, szczególniej u nas, w najfatalniejszem, wprost graniczącem z rozpaczą położeniu. Większość ich, szczególniej mężczyzn, będąc jednocześnie zmuszeni do ciężkiej wyrobniczej pracy dla wyżywienia swych rodzin, pracuje do ostatka sił, przedstawiając nieraz znaczne zniszczenia tkanki płucnej i mocną gorączkę; wówczas jedynie szuka ostatecznego ratunku,

[6]) Baranowski: Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe. Kraków 1901. — Dunin: Walka z gruźlicą. — Dobrzycki: Sprawozdanie ze szpitala w Mieni. — Sokołowski: W sprawie leczenia suchot klimatami swoistemi. „Gazeta lekarska“, 1882.

a właściwie mówiąc przytułku w szpitalach miejskich, stanowiąc dla nich prawdziwy ciężar; stanowią oni bowiem w Warszawie ogromny kontyngens chorych, bo niemal piątą część wszystkich chorych, dotkniętych chorobami wewnętrznemi; z liczby 100 suchotników 60 znajduje się w okresach ostatecznych choroby; niemal więc połowa z nich przychodzi do szpitala nie po to, aby się leczyć, lecz aby w nim umierać. Suchotnicy ze zmianami niezbyt daleko posuniętemi do szpitali albo nie przychodzą wcale, gdyż nie mają możności leczenia się, albo dostawszy się do nich, nie znajdują czynników odpowiednich do leczenia ich cierpienia. W teraźniejszych bowiem warunkach większości naszych szpitali suchotnik w poczynających się okresach sprawy nie znajduje w nich odpowiednich dzisiejszym wymaganiom warunków, ani pod względem pomieszczenia, ani pod względem żywienia.

W braku jednakże sanatoryów ludowych należy bezwarunkowo w szpitalnictwie naszem zaprowadzić pewne reformy czasowe, a mianowicie:

1) W szpitalach już istniejących winny być utworzone specyalne oddziały dla suchotników, jakie już przed kilkudziesięciu laty powstały w Londynie; jedynie bowiem w takim oddziale można dokładnie przeprowadzić bez uszczerbku dla innych chorych leczenie powietrzem, zastosować odpowiednie i właściwe odżywianie, a nawet tą drogą izolować innych chorych od możliwego, chociaż wyjątkowo rzadkiego niebezpieczeństwa zarażenia się.

2) Przy podobnych oddziałach należałoby w ogrodzie zbudować odpowiednie werandy, na których przynajmniej w ciągu 5—6 miesięcy mogliby przebywać chorzy stale noc i dzień, a zimą przynajmniej kilka godzin dziennie. Od lat trzech istnieje przy moim oddziale w szpitalu św. Ducha weranda drewniana prostej konstrukcyi. Na werandzie tej chorzy suchotnicy, w różnych, przeważnie w daleko posuniętych okresach choroby, przepędzili już trzy letnie sezony (od kwietnia do listopada) stale w ciągu całej doby, zimą zaś po kilka godzin, leżąc na łóżku i będąc odpowiednio przykryci. Tę kuracyę leżenia, stosowaną w zakładach leczniczych jedynie wśród dnia, nasi chorzy odbywali całą dobę nawet w późnej jesieni w dni, w które często nad ranem temperatura spadała do kilku stopni niżej zera. Doświadczenie dotychczasowe wykazało, że chorzy tego rodzaju znoszą to leczenie wybornie, a wielu z nich w okresach niezbyt daleko posuniętej choroby traciło gorączkę, poprawiało się znacznie w stanie ogólnym i miejscowym; a większość nawet w daleko posuniętych sprawach doświadczała stanowczej ulgi w przykrych podmiotowych objawach, jako to kaszlu, duszności i t. d.[7]).

Naturalnie, że tego rodzaju leczenie w warunkach powietrza miejskiego będzie tylko półśrodkiem; w każdym jednakże razie jest w stanie dać biednym suchotnikom, nie mogącym wyjechać na świeże powietrze, o wiele lepsze warunki, niż obecne szpitale, i możność poprawy, nieraz nawet bardzo znacznej. Dla suchotników biednych, będących w okresach niezbyt daleko posuniętej choroby, zmuszonych pracować, wysoce pożytecznemi się okazały wyżej wymienione ambulatorya gruźlicze, urządzone przez ligi przeciwgruźlicze. W niektórych miastach, jak w Berlinie, Liege, Brukseli, stowarzyszenie pourządzało w sąsiednich miastu lasach odpowiednie werandy, w których latem mogą przebywać suchotnicy chociażby kilka godzin dziennie i gdzie dostają mleko lub inne pożywienie, zależnie od funduszów danego stowarzyszenia. Tylko więc drogą tych różnorodnych kombinacyi powoli w ciągu całych dziesiątków lat nawet w najzamożniejszych społeczeństwach udostępnić będzie można leczenie dla ogółu biednych suchotników w okresach poczynających się sprawy suchotniczej, gdyż dla suchotników w daleko posuniętych okresach choroby najodpowiedniejszym przytułkiem będą szpitale we właściwym, jak wyżej wspomniałem, kierunku zreformowane.

[7]) Patrz szczegóły w pracy mojej: O poprawie losu suchotników, znajdujących się w szpitalach warszawskich. „Zdrowie“, Nr. 2, 1903, oraz pracę z mojego oddziału pochodzącą. T. Borzęckiego: Jakie wyniki osiągają suchotnicy z pobytu w szpitalach naszych. „Kronika lekarska“ 1902.

III. Z oddziału chorób zakaźnych Doc. Dr. St. Droby w szpitalu św. Łazarza i z instytutu mikrobiologicznego przy katedrze weterynaryi Prof. Dr. J. Nowaka w Krakowie.

O formalinowem odkażaniu przyrządem zwanym „Berolina“.

Podał

Dr. Tadeusz Pisarski.

Liczny szereg przyrządów, służących do odkażania mieszkań, został powiększony przez przyrząd nowy, którego plan podali w r. 1903 B. Proskauer i M. Elsner, a wykonała fabryka Lautenschlagera z Berlina. Przyrząd ten wszedł do handlu pod nazwą „Berolina“. Główną pobudką do zrobienia tego nowego przyrządu była dla obu powyżej przytoczonych autorów chęć wynalezienia takiego przyrządu, któryby w krótkim czasie — najwyżej w 4 godzinach — dozwalał przeprowadzić skuteczną dezinfekcyę przy użyciu nie większej ilości formaliny od tej, jaka w którymkolwiek ze znanych dotychczas przyrządów była używana. Początkowo chcieli autorowie osiągnąć ten cel przy pomocy powszechnie używanego przyrządu Flüggego, lecz doświadczenie pouczyło, że przy zdwojonej energii palnika przychodzi zazwyczaj do rozlutowania kotła i zepsucia przyrządu; a samo podniesienie ilości formaliny bez zwiększenia źródła ciepła w przyrządzie Flüggego, celem skrócenia czasu dezinfekcyi na $3^1/_2$ godziny nie daje według tych autorów dobrych wyników. Przyrząd, podany przez Proskauera i Elsnera, zbudowany został na tej samej zasadzie, co i przyrząd Flüggego, t. j. że ażeby uniknąć polimeryzacyi i przez to nie udaremnić działania odkażającego formaldehydu, używa się formaliny rozcieńczonej wodą. Sposób jednak, w jaki to rozcieńczenie przychodzi do skutku, jest odrębny, niż w przyrządzie Flüggego. W tym ostatnim rozcieńcza się formalinę wodą i tak rozcieńczoną wlewa się do kotła, gdzie następnie przez ogrzanie wydziela się formaldehyd i razem z wywiązującą się parą wodną wydobywa do przestrzeni, którą się odkaża. W przyrządzie zaś Proskauera i Elsnera istnieją dwa odrębne zbiorniki, osobny dla 40% formaliny, a osobny dla wody, które w postaci dwóch walców na siebie zachodzą. Walec zewnętrzny, służący do pomieszczenia wody, jest u dołu rozszerzony w kocioł, do

którego wlewa się wodę; górna część tego walca jest wolna, ażeby wywiązująca się w kotle para wodna mogła się w niej zbierać. U samej góry, tam gdzie oba walce schodzą się ze sobą i są szczelnie zalutowane, znajduje się otwór w ścianie walca wewnętrznego, od którego prowadzi rurka wężowato zwinięta do dna wewnętrznego walca. Tym otworem i od niego prowadzącą rurką dostaje się para wodna, wywiązana w zewnętrznym walcu, do dna walca wewnętrznego i tu przez otwartą u dołu rurkę uchodzi i dostaje się do formaliny, wypełniającej walec. Bańki pary wodnej, przechodząc przez słup formaliny, ogrzewają go, a następnie pochłaniają wywiązujący się przez to formaldehyd i zbierają się w górnej części wewnętrznego walca, skąd następnie przechodzą do małego zbiornika, leżącego po nad tym walcem, a stąd rurką na zewnątrz. Ponieważ przy tem wydobywaniu się oziębia się para wodna i pewna jej część ulega skropleniu, znajduje się przy ujściu rurki lejek, zbierający zagęszczoną wodę, nie dozwalający na rozlewanie się jej. Tym sposobem zostaje słup formaliny równomiernie ogrzany, z jednej strony przez rozgrzany gorącą wodą i parą walec zewnętrzny, od środka zaś przez gorącą wężownicę, a wreszcie przez przechodzące przez nią gorące bańki pary wodnej. Walce napełnia się przez otwory hermetycznie zamykane. Od dołu obejmuje oba walce żelazna blacha, a ma ona na celu chronić otaczające przedmioty od możliwości zapalenia się i unosić cały przyrząd tak wysoko, ażeby można palnik pod kocioł podsuwać. Palnik spirytusowy zbudowany jest na sposób zwykłych palników, t. j. przedstawia się w postaci zbiornika na spirytus, do którego kilka rurek doprowadza powietrze.

Dla zobojętnienia wywiązanego formaldehydu dołączony jest przyrząd do wywiązywania amoniaku, który w przeciągu 1 godziny spełnia swoje zadanie. Składa on się z trzech części: kociołka na roztwór amoniaku, palnika spirytusowego i rurki, której zadaniem jest przeprowadzać parę amoniaku do pokoju odkażonego. Rurkę tę przeprowadza się przez dziurkę od klucza i wpuszcza się ją do rynienki blaszanej, umocowanej do klamki zapomocą sznurka, która nie dozwala skroplonej wodzie rozlewać się po podłodze. Używa się 25% roztworu amoniaku.

Przyrząd do wywiązywania pary formalinowej zrobiony jest z blachy miedzianej, a tylko wężownica i lejek z mosiądzu; przyrząd zaś do wywiązywania amoniaku z blachy cynkowej.

Kiedy w bieżącym roku została ukończona budowa pawilonu dla chorób zakaźnych przy szpitalu św. Łazarza w Krakowie, postanowiła Dyrekcya szpitala wyposażyć oddział ten w odpowiednie przyrządy do dezinfekcyi izb i wybrała na ten cel przyrząd systemu Proskauera i Elsnera, jako ostatni wyraz ulepszeń w tym kierunku. W maju b. r. otrzymał oddział dla chorób zakaźnych dwa przyrządy do dezinfekcyi powyższego systemu.

Zachęcony przez prymaryusza oddziału Doc. Dr. St. Drobę, postanowiłem doświadczalnie stwierdzić, czy istotnie powyższe przyrządy posiadają zachwalane przez ich wynalazców zalety, zwracając główną uwagę na to, czy rzeczywiście w tak krótkim czasie (4 godziny) można dokonać skutecznej dezinfekcyi. W tym celu przeprowadziliśmy następujący szereg doświadczeń.

Doświadczenie I. Pokój objętości 148 m³, 2 okna, 1 drzwi, 1 piec, 1 wentylator. Ponieważ tak okna jak i drzwi szczelnie dochodziły, zaniechano ich uszczelniania watą lub walkami. Nastawiono 2 przyrządy, a każdy z nich zawierał 1500 cm³ 40% formaliny, 2½ litra wody i 750 cm³ denaturowanego wyskoku do palenia. Przyrząd do wywiązywania amoniaku zawierał 2500 cm³ 25% roztworu amoniaku, palnik zaś jego 300 cm³ wyskoku. Zanim przystąpiono do właściwej dezinfekcyi, izba została wyszurowana szczotką, nasamprzód gorącym ługiem, następnie 5% roztworem kwasu karbolowego. To mechaniczne oczyszczenie izby dokonane zostało tylko na wysokości 2 m., wyżej jest ono zbyteczne, tam bowiem tylko osiada lekki pył, łatwo dostępny dla formaldehydu. Do stwierdzenia sprawności przyrządu posłużyły bulionowe hodowle prątka ropy niebieskiej i prątka siennego, których wiek wynosił 36 godzin. Kółeczka jedwabne mokły w tych hodowlach przez 2 godziny, następnie połowa próbek została wysuszona w cieplarce przy 37° C, druga połowa nastawiona na mokro. W ten sposób przygotowane próbki w liczbie 40 sztuk porozstawiano na wyjałowionych w autoklawie płytkach Petriego w różnych wysokościach pokoju i tak: na stole (75 cm.), krześle (45 cm.), łóżku (48 cm.), oknie (100 cm.), piecu (238 cm.), a wreszcie i na podłodze w odległości co najmniej 2 m. od przyrządu. Wreszcie została przeprowadzona przez dziurkę od klucza w drzwiach wchodowych rurka od wywiązywacza amoniaku, poodkrywano płytki z próbkami i zapaliwszy palnik pod oboma przyrządami, zamknięto drzwi. Odkażanie trwało równe 4 godziny. Na korytarzach, a nawet na wolnem powietrzu przed oknami pokoju, w którym się odkażanie odbywało, czuć było silnie woń formaliny, co świadczyło, że tak drzwi jak i okna były tylko pozornie szczelne i że zatykania watą nigdy zaniechać nie należy. Po upływie 4 godzin podpalono palnik pod wywiązywaczem amoniaku, a kiedy po 1 godzinie sam palnik zgasł, otworzono drzwi. W izbie unosiła się gęsta mgła; słaba woń formaliny, pomięszana z lekką wonią amoniaku, pozwalała zupełnie swobodnie przebywać w tym pokoju. Szyby w oknach były pokryte parą wodną, po powale i ścianach spływała skroplona woda, a wszystkie przedmioty, znajdujące się w tej izbie, oraz meble były również wilgotne. Zaraz po wejściu do pokoju zostały płytki z próbkami zamknięte. Każda pojedyncza nitka została następnie należycie wypłukana w trzech porcyach wyjałowionej wody i włożona do probówki z bulionem. Płukanie to miało na celu uwolnienie nitek od śladów formaliny. Z ostatniej porcyi wody szczepiono po 5 uszek w bulionie i wstawiono do cieplarki o ciepłocie 37° C. Nitki okazały się zupełnie jałowe, gdyż po 11 dniach bulion się nie zamącił, podobnie i w bulionach, zasianych wodą, nic nie wyrosło. Ponieważ nasuwała się na myśl wątpliwość, czy przez takie dokładne wstrząsanie nitek jedwabnych we wodzie wyjałowionej i to w trzech probówkach nie zostały przypadkiem wypłukane nie zabite jeszcze dezinfekcyą prątki i czy tej okoliczności nie należy zawdzięczać, że liczba zabitych prób wynosiła 100%, postanowiliśmy przeprowadzić kontrolę. Nitki jedwabne, napojone hodowlą bulionową powyższych prątków, częściowo wysuszone, częściowo zaś mokre, były płukane w trzech porcyach wody, a następnie wkładane do bulionu. I w tem doświadczeniu szczepiono z ostatniej porcyi wody po 5 uszek w bulionie i wstawiano do cieplarki. Na 20 próbek otrzymano ze wszystkich nitek czyste hodowle użytych gatunków po 24 godzinach; a tylko z wody nie wyrósł raz prątek niebieskiej ropy, a cztery razy prątek sienny.

Doświadczenie II. Objętość pokoju wynosi 64 m³, 2 okna, 1 drzwi, 1 wentylator i 1 piec. Do odkażania użyto jednego przyrządu, a zatem: 1500 cm³ 40% formaliny, 2500 cm³ wody i 750 cm² denaturowanego wyskoku. W przyrządzie do wywiązywania amoniaku: 1200 cm³ 25% roztworu amoniaku i 140 cm³ wyskoku. I tutaj właściwe odkażanie poprzedziło mechaniczne oczyszczenie pokoju sposobem powyżej podanym. Szpary we drzwiach i oknach zostały

zatkane watą, silnie ubitą. Tym razem nastawiono nitki napojone bulionową hodowlą prątka siennego, posiadającego zarodniki, prątka ropy niebieskiej i gronkowca. Gronkowiec został świeżo wyhodowany z ropy ropnia gorącego. Nitki przebywały w hodowli przez 2 dni, zaś wiek hodowli wynosił 72 godzin. Razem z wywiązywaniem amoniaku trwało odkażanie 5 godzin, poczem zaraz pokój otworzono. Z próbkami postąpiono jak w poprzedniem doświadczeniu, a po 8 dniach obserwacyi pokazało się, że prątek sienny i prątek ropy niebieskiej zostały zabito w 100%, pomimo, że prątek sienny wytworzył już zarodniki, a tylko gronkowiec na 18 prób 2 razy wyrósł. Że istotnie był to gronkowiec a nie jakieś inne zanieczyszczenie, wykazało przeprowadzenie go przez pożywki: po 3 dniach ścinał mleko, rozpuszczał żelatynę i nie odbarwiał się Gramem.

III. Trzeciego doświadczenia dokonano w pokoju, którego objętość wynosiła 110 m³, posiadającego również 1 drzwi, 1 wentylator i 1 piec. Użyto dwa przyrządy: Do każdego z nich wlano tylko po 1 litrze formaliny 40%. Odkażanie wraz z wywiązywaniem amoniaku trwało 5 godzin. Z nitek, napojonych hodowlą prątka siennego, prątka ropy błękitnej i gronkowca, nic nie wyrosło. Na jednej z płytek obok nitek znalazłem zabitą muchę pokojową; została ona również włożona do probówki z bulionem, lecz okazała się zupełnie jałową.

Na podstawie szeregu doświadczeń czuję się uprawnionym do wysnucia wniosku, że sprowadzone do pawilonu dla chorób zakaźnych 2 przyrządy dezinfekcyjne spełniają swoje zadanie bardzo dobrze. Ogółem biorąc, we wszystkich trzech doświadczeniach razem użyto 66 próbek prątka siennego, tyleż prątka ropy błękitnej i 36 razy gronkowca, razem 168 próbek. Prątek sienny i prątek ropy błękitnej były zawsze zabite w 100%, pomimo, że raz prątek sienny wykazywał zarodniki. Gronkowiec zabijany był w 94·5%. Proskauer i Elsner, przeprowadzając doświadczenia z tymże przyrządem, otrzymywali najwyżej 70—80% zabitych hodowli, co jednak należy usprawiedliwić tem, że używali oni do kontroli zawsze i wyłącznie hodowli gronkowca, którego wytrzymałość na działanie środków odkażających, nawet bardzo energicznych, bywa czasem bardzo duża.

Jako szczególną zaletę przyrządu trzeba podnieść krótkość czasu, w jakim dokonuje się odkażanie, a następnie ten szczegół, że pomimo małych usterek, jakie popełnia się czasem z konieczności przy urządzaniu dezinfekcyi, nie cierpi na tem dodatni wynik. I tak n. p. kiedy pierwszy raz przeprowadzaliśmy odkażanie, nie uszczelniono ani okien ani drzwi, gdyż pozornie były one szczelne, a dopiero po zamknięciu pokoju okazało się, że formalina w dużej ilości uchodziła. Pomimo tego wszystkie nitki były jałowe. W trzeciem doświadczeniu wlano do każdego przyrządu tylko po 1000 cm³ formaliny, podczas gdy według odpowiedniej tablicy należało wlać do każdego po 1250 cm³, czyli że o pół litra mniej formaliny zużyto, aniżeli przepis, empirycznie otrzymany, wymaga. I w tym przypadku wszystkie próbki zostały zabite.

Jakichkolwiek uszkodzeń w przedmiotach, poddawanych takiemu odkażaniu, nie zauważyliśmy. Przyrząd jest pod każdym względem dobrze pomyślany, nadzwyczaj poręczny i pewny w użyciu, a co jest niemniej ważnem, daje możność zamieszkania dezinfekcyonowanego pokoju już po 5 godzinach. Za oddanie mi powyższego tematu, jakoteż za udzielanie podczas pracy swoich cennych rad i wskazówek, niech mi wolno będzie złożyć na tem miejscu serdeczne podziękowanie Doc. St. Drobie, jakoteż i Prof. Dr. J. Nowakowi za udzielenie materyału do badania bakteryologicznego.

Piśmiennictwo. 1) B. Proskauer u. M. Elsner: Die neue Berliner Wohnungsdesinfektion. 2) W. Hoffmann: Leitfaden der Desinfektion.

IV. Nowy pasek dla leczenia przepuklin pępkowych u dzieci.

Podał
Doc. pryw. dr. V. Chlumský w Krakowie.

Przepukliny pępkowe małych dzieci leczymy zazwyczaj skutecznie bez operacyi, przez samo zastosowanie odpowiednich przyrządów tak, że nieudanie się leczenia należy chyba przypisać pewnym trudnościom w dobraniu przyrządu i nieodpowiedniej jego konstrukcyi. Wielka też liczba przyrządów, służących do leczenia tego cierpienia, wskazuje na to, że zbyt często nie odpowiadają swemu celowi, gdyż zazwyczaj źle są dopasowane i nie zapobiegają występowaniu przepukliny. Wśród tych warunków oczywiście zmniejszenie się i zamknięcie przepukliny niezmiernie jest utrudnione.

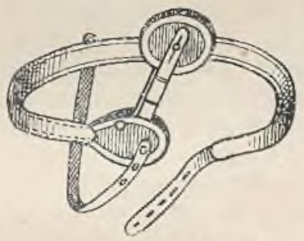
Nic też dziwnego, że wielu lekarzy odrzuca używanie pasków przepuklinowych przy przepuklinach pępkowych, a używa opatrunków z gazy lub przylepca, albo też wcześnie przystępuje do operacyi. Zrobienie paska z gazy jest dosyć trudne. Opaskę z przelepca nie zawsze dzieci dobrze znoszą. W ostatnich latach leczyłem znaczniejszą liczbę przypadków przepukliny pępkowej u dzieci i wypróbowałem wszystkie możliwe środki z rozmaitym wynikiem i muszę przyznać, że opatrunki przylepcowe, a zwłaszcza zrobione z przylepca amerykańskiego, są jeszcze najlepsze: znosi się je łatwo i rzadko tylko wywołują wypryski.

Rodzice jednak zazwyczaj nie życzą sobie tego rodzaju leczenia, gdyż opatrunki te uniemożliwiają kąpanie dziecka, a i zakładanie opatrunku w praktyce, przeważnie u ludzi biednych, jest niełatwe. Większość wogóle o operacyi i słyszeć nie chce, zresztą zupełnie słusznie, gdyż ostatecznie przepukliny te ustępują i bez operacyi i nie narażają dziecka na tak wielkie niebezpieczeństwo, jakie bądź co bądź przedstawia każda operacya.

W praktyce mojej byłem zmuszony znowu używać pasków przepuklinowych. Te jednak, nie wyjmując nawet najlepszych, nigdy dobrze nie przylegają; starałem się więc wynaleźć coś takiego, coby uniemożliwiało obsuwanie się paska; przedewszystkiem szukałem przyczyny złego jego trzymania się i przekonałem się, że spoczywa ona bezwątpienia w tem, że zwykle używane paski dla leczenia przepukliny pępkowej nie mają na ciele stałego punktu oparcia. Kładzie się je poprzecznie przez sam środek brzucha, właśnie tam, gdzie przypada największa warstwa części miękkich, a ta jest ruchoma i nie znosi silnego ucisku okrężnego. Ponieważ więc to miejsce jako punkt oparcia zupełnie się nie nadaje, wobec tego należało wyszukać inne dogodniejsze, a za takie uznano w pierwszym rzędzie miednicę, która często służy za oparcie dla różnych przyrządów i leży najbliżej okolicy pępka. Miednica stanowi główny punkt oparcia dla pasków brzusznych, które stosujemy w leczeniu dużych przepuklin pępka i brzucha i jej użył też Hoffa, jako podstawy dla pasów, sto-

sowanych u dorosłych, cierpiących na przepuklinę pępkową. Jednakże te wyżej wspomniane paski, zresztą znakomite, nie nadają się dla dzieci, gdyż są zanadto skomplikowane i zbyt drogie, a ponadto sporządzenie ich, zwłaszcza w praktyce dziecięcej, jest trudne ze względu na błędy techniczne i niedokładności funkcyonowania.

Musiałem więc próbować czegoś innego i zrazu używałem zwykłych, odpowiednio modelowanych pasków pachwinowych. Te paski, dobrze dopasowane, trzymają się doskonale, są stosunkowo tanie i lekkie do noszenia, a nakładanie i dopasowywanie ich nie jest zbyt trudne. Paski te zaopatrzyłem jeszcze w sprężynę elastyczną, która zapomocą dwóch śrubek łączy się z pelotą przepuklinową i stąd zmierza skośnie nad powłokami brzusznemi do przepukliny pępkowej. Sprężyna ta w paskach przepuklinowych dla małych dzieci mniejwięcej jest tak silną, jak sprężynki stalowe przy gorsetach ortopedycznych; dla dzieci starszych używa się sprężyny odpowiednio mocniejszej. Sprężyna ta w okolicy pępkowej przylega mocno do ściany brzusznej i posiada tu podługowatą szczelinę. W miejscu tem przymocowuje się owalną pelotę, mającą w średnicy 6—8 cm, którą zapomocą śrubki można w otworze przesuwać. Pasek



pachwinowy, bez względu na to, czy przebiega od strony lewej czy prawej, zakłada się jak zwyczajnie i przymocowuje się do paska udowego. Zarazem przykłada się pelota, której położenie i wielkość oznacza się już przy konstrukcyi paska przepuklinowego; pelota leżeć powinna ponad otworem pępkowym i pozostaje nieprzesuwalnie na tem miejscu przez ucisk sprężynki. Pacyent łatwo znosi sprężynkę, ponieważ nie wywiera ucisku, a przy silnem parciu, płaczu, krzyku i t. p. zwalnia nieco; jest jednakże dość silną, aby powstrzymać wystąpienie worka przepuklinowego. Pelota pępkowa jest zupełnie płaska i, jak wspomniałem, owalnego kształtu. Nie wpukla się ona, jak pelota guziczkowa, do otworu pępkowego i można ją ułożyć stosownie do życzenia poprzecznie lub równolegle do osi sprężynki, przez co dopasowanie peloty jest bardzo ułatwione.

Całą tę sprawę urządzam tak, że najpierw dopasowuję gotowy pasek pachwinowy, a zarazem ustanawiam położenie i długość sprężynki jakoteż kształt i wielkość peloty, które sporządzam dopiero później. Dolną pelotę, która przy przepuklinie pachwinowej służy do zamknięcia pierścienia pachwinowego, robi się bardziej płaską i szeroką, niż zazwyczaj.

Z pasków tych i z wyników ich stosowania w przepuklinach pępkowych u dzieci rodzice małych pacyentów, zwłaszcza ci, którzy próbowali różnych innych metod leczenia, byli zawsze bardzo zadowoleni, a i wyniki końcowe były jak dotąd zupełnie dobre.

V. Oceny i sprawozdania.

O związkach saponinowych.

Podał

Doc. dr. Ig. Lemberger.

Pod nazwą substancyi saponinowych rozumiemy grupę związków, które ze stanowiska chemicznego zaliczamy do glikozydów. Nazwę swoją wyprowadzają od własności wodnych ich roztworów, które, kłócone, mocno się pienią. Substancye saponinowe spotykamy w różnych częściach roślin, których obecnie znamy przeszło 46 rodzin; rośliny te znajdują zastosowanie w lecznictwie, oraz w przemyśle. Przeważna liczba istot saponinowych należy do ciał koloidalnych; nie krystalizują one i bardzo trudno a to tylko częściowo ulegają dyalizie. Z wodnych roztworów dają się wydzielić solami, podobnie jak ciała białkowate, t. j. dają się wysolić. Strącają z roztworów barwiki. Roztwory wodne pienią się nadzwyczaj silnie i zachowują tę własność jeszcze w rozcieńczeniu 1:10,000; dla tej też własności znajdują te związki zastosowanie do prania, szczególnie barwionych tkanin wełnianych i jedwabnych. Mają one tę przed mydłami zaletę, że zabierają z tkanin sam brud, nie działając przy tem szkodliwie na włókna tkanki, ani też na ich barwy. Z roślin do tych celów używanych należą szczególnie *radix saponariae, r. quillajae, fructus saponis indici sive sapindi, faba entadae scandes*, jak również jeszcze w starożytności używane *herba lanariae* i w nowszych czasach przez Tatarów używane *herba lychnidis chalcedonicae*. Pienienie, wywołane w roztworach substancyi saponinowych, ustępuje za dodaniem wyskoku. Własność pienienia posłużyła także do użycia związków saponinowych do fabrykacyi napojów musujących; władze rządowe, uznając szkodliwość saponinów, zakazały dodawania ich do napojów musujących i wogóle spożywek. Dalszą fizykalną własnością substancyi saponinowych jest zdolność tworzenia zawiesin z tłuszczami, względnie utrzymywanie zawiesin, sztucznie z tłuszczów utworzonych. Zawiesiny z olejkiem rącznikowym lub z tranem rybim, otrzymane fabrycznie, szczególnie pochodzenia angielskiego i amerykańskiego, zawierają najczęściej dodatek substancyi saponinowych, a gdy przed tem używano w tym celu szkodliwą dla ustroju saponinę z korzenia mydlanego (*rad. saponar.*), amerykańskie fabryki, na wniosek Koberta, używają obecnie mało działającą chemelirinę, która się znachodzi w korzeniu rosnącej w Stanach połud. Ameryki rośliny *helonias doica sive chamaelirium luteum*. Podobnie możemy przy pomocy substancyi saponinowych utworzyć zawiesinę z istot smołowych i tłuszczów stałych, n. p. łoju; w ten sposób utworzono z łoju, wyciągu kory chinowej i olejków eterycznych tak często ogłaszany kosmetyk „Javol". Ważną w końcu własnością substancyi saponinowych jest ich zdolność utrzymywania w zawieszeniu delikatnych proszków, nierozpuszczalnych we wodzie. Własność ta wykorzystaną została przy praniu tkanin, do wyrobu farb malarskich, a w medycynie zawdzięczamy tej własności skuteczność naparu naparstnicy (*infusum fol. digitalis*). Działające pierwiastki naparstnicy są we wodzie albo trudno rozpuszczalne, jak digitalina, lub też nierozpuszczalne, jak digitoksyna; istoty te, szczególnie ta ostatnia, nie znajdowałyby się w naparze liści naparstnicy, gdyby nie substancya saponinowa, znajdująca się również w liściach, t. zw. digitonina, która utrzymuje te istoty działające w zawieszeniu w naparze i umożliwia skutecznie ich podanie choremu w tej postaci.

Substancye saponinowe są z małymi wyjątkami we wodzie rozpuszczalne, szczególnie w obecności małych ilości słabych alkaliów; rozpuszczają się one również na ciepło w wyskoku rozcieńczonym, trudno zaś w zgęszczonym; w eterze, chloroformie, benzolu i dwusiarczku węgla wcale się nie rozpuszczają. Dlatego też w toku wykrywania trucizn roślinnych nie dają się wykłócić z roztworów powyższymi

odczynnikami; wykłócenie udaje się natomiast, jakkolwiek z trudnością, zapomocą alkoholu amylowego lub izobutylowego. Działaniem wodorotlenku barowego związki saponinowe wydzielają się z roczynów wodnych w postaci osadów; z osadu tego po wymyciu możemy otrzymać czystą substancyę. Również sole ołowiowe wydzielają istoty saponinowe z roczynów, a własność ta posłużyła Kobertowi do wypracowania metody, służącej do oddzielania związków saponinowych. Do wykrycia substancyi saponinowych możemy użyć zgęszczonego kwasu siarkowego, który, zmieszany z temi substancyami, tworzy po dłuższym czasie, lub prędzej po ogrzaniu, zabarwienie czerwone. Alkoholowy roczyn kwasu siarkowego z dodatkiem kropli roczynu chlorku żelazowego tworzy z istotami saponinowemi zabarwienie zielonawo-niebieskie. Roczyn kwasu selenawego w kwasie siarkowym tworzy z istotami saponinowemi zabarwienie wiśniowo-czerwone (Frieboes). W końcu znamy jeszcze jedno znamienne oddziaływanie związków saponinowych, które szczególnie posłużyć może do wykrycia istot, znachodzących się w korzeniu mydlnika (*radix quillajae*), a mianowicie oddziaływanie, jakie te istoty okazują ze znanym odczynnikiem Nassego t. j. zabarwienie silnie czerwone; odczynnik Nassego jest roczynem octanu rtęciowego, do którego przed użyciem do reakcyi dodajemy kroplę azotynu potasowego. Oddziaływanie to może być użyte do wykrycia ciał saponinowych w środkach spożywczych i leczniczych.

Skład poszczególnych substancyi saponinowych nie jest nam dokładnie znany. Według Flückigera należą niektóre z nich do szeregu o wzorze $C_{10} H_{2n-10} O_{16}$, lub według Koberta $C_n H_{2n-8} O_{10}$, w których wartość dla „C“ wynosi 16 do 29. Istoty o wzorze $C_{17} H_{26} O_{10}$, t. j. saponiny trujące, określił Kobert nazwą sapotoksynów.

Substancye saponinowe doznają wobec rozcieńczonych kwasów mineralnych lub też fermentów rozkładu, przyczem wytwarza się cukier i tak zwana sapogenina, istota nie trująca, we wodzie nierozpuszczalna; nie wszystkie sapogeniny są identyczne, jak to wykazał Hoffman; łączą się z alkaliami na sole, z których niektóre krystalizują.

Substancye saponinowe posiadają również własność, że z roczynów wodnych o pewnem zgęszczeniu dają się strącić roczynem siarkanu amonowego. Własność ta posłużyła Kobertowi do wypracowania metody służącej do oddzielenia poszczególnych ciał od siebie, a szczególnie do oddzielenia kwaśnych saponinów od sapotoksynów, n. p. kwasu kwilajowego od kwilajo-sapotoksyny. Podczas strącania ciał saponinowych siarkanem amonowym stwierdzono również, że wraz z temi ciałami wydzielają się także barwiki naturalne, zawarte w danej części roślinnej — a więc przy zadziałaniu siarkanu amonowego na wyciągi wodne tych roślin. Wobec tego nasunęło się pytanie, czy też w tych warunkach nie strącają się również barwiki sztuczne, dodane do roczynów saponinowych. Badania wykonane w tym kierunku przez Koberta i jego uczniów wykazały, że związki saponinowe posiadają w wysokim stopniu zdolność porywania ze sobą barwików sztucznych i naturalnych, dodanych do roczynów przy strącaniu siarkanem amonowym; wyjątek wśród barwików stanowiła oksyhemoglobina. Nadto wykazali Kobert i Heidenhein, że związki saponinowe posiadają również zdolność przyciągania i wiązania barwików, będących rozpuszczonemi. Badania te przeprowadzono w ten sposób, że pęcherz do dyalizy służący napełniono roczynem ciał saponinowych i zanurzono do roczynu barwika anilinowego. Po upływie 24 godzin wykazano, że w pęcherzu dyalyzacyjnym roczyn saponinowy zabarwił się bardzo intenzywnie, a mianowicie 2 do 10 razy silniej, aniżeli roczyn, poza pęcherzem będący. Kobert przeprowadził również badania nad działaniem enzymów, znajdujących się w ustroju niższych zwierząt, na związki saponinowe. Badania te wykazały, że substancye saponinowe nie ulegają rozkładowi, albo też w małym tylko stopniu i to tylko przy pewnych gatunkach, a mianowicie przy działaniu euzymów z kołosza krzyżaka, pogonika i z poczwarek mrówczych; enzymy tych zwierząt spowodowały rozkład na cukier gronowy. Należy tu nadmienić, iż poprzednio Kobert z Fischerem wykonali badania nad działaniem enzymów zwierząt na glikozydy, przyczem wykazali, że te ostatnie uległy rozkładowi.

Prawie wszystkie związki saponinowe, wprowadzone w obieg krwi, działają trująco, niektóre z nich w wysokim stopniu. Podane wewnętrznie w stanie rozcieńczonym działają mniej szkodliwie, a ustrój znosi je względnie we większej ilości. Zależności między budową związków chemiczną a ich działaniem nie można było dotychczas wykazać. I tak n. p. saponina z dzikiego kasztana lub kwas melantynowy z kminu czarnego, z których pierwsza ma wzór $C_{16} H_{24} O_{10}$, a druga $C_{29} H_{50} O_{10}$, działają silnie trująco, gdy kwas gwajakosaponinowy $C_{21} H_{34} O_{10}$ i obojętna gwajakosaponina $C_{22} H_{36} O_{10}$ prawie nie działają. Trujące związki saponinowe działają na protoplazmę drażniąco, podane we większych dawkach zabijają protoplazmę. Na błonę śluzową nosa działają w ten sposób, że pobudzają do kichania, powodują obfitą wydzielinę, działając na oko, wywołują łzawienie, zaczerwienienie, bolesność i obrzęk spojówki; w większych dawkach sprowadzają nieżyt spojówki, zapalenie rogówki i jej owrzodzenia, jakoteż bielmo. Działanie tych ciał na oko identyczne jest z działaniem odwaru z paciorkowca modligroszka (*semen jequiriti*) i dlatego też substancye te mogłyby znaleźć zastosowanie terapeutyczne, na co już zwrócił uwagę Kobert w rozprawie ogłoszonej w „Deutsche medic. Wochenschrift“, 1902. Nr. 19—22. Działając na błonę śluzową gardła, powodują już przy piciu roczynów lub płókaniu niemi gardła uczucie drapania, pobudzają do chrząkania, sprowadzają przekrwienie dziąseł i ślinotok. Wchłonięte, pobudzają wydzielniczość gruczołów, bądź bezpośrednio, bądź odruchowo. Na tem działaniu polega zastosowanie substancyi saponinowych do celów leczniczych, jako środków moczopędnych w postaci odwarów z *spergularia rubra*, *herniaria glabra i hirsuta*, jako środków wykrztuśnych w postaci odwarów z *flores verbasci*, *radix senegae*. W końcu miały te związki rozgłos środków przeciwkiłowych, wprawdzie nie swoistych, lecz z powodu swych własności fizyologicznych miały za zadanie wydalać z ustroju jad kiłowy, bądź też przyspieszać wydzielenie użytej do leczenia rtęci, a podawano je w postaci dziś już zaniechanych odwarów z *cortex guajaci*, *radix saponariae*, a szczególnie *radix sarsaparillae*.

W przewodzie jelitowym działają ciała saponinowe pobudzająco na ruch robaczkowy i zwiększają wydzielniczość. Stąd też wymioty i biegunka są objawami ubocznymi, jakie częstokroć powoduje podanie odwaru Senegi. Również na pasorzyty jelit, szczególnie na taśmowce (*cestodes*), nie zaopatrzone w nieprzenikalną błonę, działają związki saponinowe odurzająco lub zabójczo, przez co należy je zaliczyć do środków przeciwczerwiowych i stąd też roślina *albizzia anthelminthica* nosi swe miano.

Wstrzyknięte pod skórę ciała saponinowe powodują ropienie bezprątkowe, połączone z wielką bolesnością, a często ciężkiem zapadem. U żab wstrzyknięcie większych ilości istot saponinowych sprowadza znieczulenie tylnych kończyn i ruchowe porażenie. Tym odczynem fizyologicznym posługiwano się dawniej przy wykrywaniu istot saponinowych. Komórki rzęskowe zastanawiają swą czynność w roczynach saponinowych, również ulegają zmianom odosobnione komórki wątroby, nerek, mózgu i rdzenia.

Odwłókniona krew, rozcieńczona roczynem soli kuchennej w stosunku 1:100, wykazuje pod wpływem substancyi saponinowych odczyn hemolizy bez aglutynacyi i bez tworzenia się methemoglobiny. Hemoliza jest tem wybitniejszą, im dokładniej krew uwolnimy od surowicy. Okoliczność tę tłómaczył Hédon tem, że surowica krwi zawiera substancye ochronne, które utrudniają działanie hemolityczne saponinów, lub też je całkiem znoszą. Słuszność tego tłómaczenia potwierdziły dalsze badania Pohla i Koberta, którzy nadto wykazali, że przez wstrzykiwanie substancyi saponinowych

w małych dawkach jesteśmy do pewnego stopnia w stanie uodpornić ustrój przeciw substancyom saponinowym. Natężenie działania hemolitycznego nie jest dla wszystkich związków saponinowych równomierne; i tak badania Schulza, Tufanowa, Kruskala, Gresshofa, Weila, Frieboesa, Koberta i innych wykazały znaczne bardzo różnice w działaniu hemolitycznem. Gdy n. p. sarsaponina powoduje hemolizę krwinek czerwonych jeszcze w rozcieńczeniu 1:125000, parillina i cyklamina działają w rozcieńczeniu 1:100000, digitonina 1:80000, jukasaponina, melantyna 1:75000, smilasaponina 1:50000, herniariasaponina 1:40000, smilacyna krystaliczna 1:30000, kąkolowa saponina 1:15000, mydlnikowa saponina 1:10000, chamelirina 1:700, kwas gwajakosaponinowy 1:10, a gwajakosaponina prawie nie działa hemolitycznie. Należy jednak pamiętać o tem, że natężenie działania saponinów na cały ustrój zwierzęcy nie jest proporcyonalne do działania tych substancyi na krwinki same, a to z tego powodu, że ich działanie ogólne zależnem jest także od działania na serce i mózg. W ten sposób tłómaczy się także okoliczność, że po podaniu najmniejszych dawek śmiertelnych związków saponinowych, przy sekcyi nie zawsze napotykamy zmiany we krwi, jakoteż, że często następuje śmierć, — jak po toksynach bakteryjnych — dopiero po 4—6 dniowem wylęganiu. Widocznie działanie niszczące substancyi saponinowych na komórki ośrodkowe mózgu następuje znacznie wolniej, aniżeli na krwinki i przy jeszcze większem rozcieńczeniu.

Wychodząc z wyników doświadczeń, wykonanych nad działaniem hemolitycznem związków saponinowych „in vitro“, należałoby się spodziewać, że stosunkowo małe już dawki, nawet nie śmiertelne, zastrzyknięte do żyły lub podskórnie, spowodować muszą wybitną hemoglobinuryę. Badania w tym kierunku wykazały jednak, że tak nie jest. Badania, przeprowadzone z kwasem kwilajowym, melantynowym i saporubinowym, jakoteż ze sapotoksynami z kory mydlnika, korzenia mydlanego, kąkolu i orzechów sapindowych wykazały, że substancye te, wstrzyknięte kotom, psom i królikom, nie spowodowały hemoglobinuryi, a w moczu tych zwierząt nie zdołano wykazać ani hemoglobiny, ani methemoglobiny. Niezgodność wyników „in vivo“ z tymi „in vitro“ otrzymanymi, łatwo sobie jednak wytłómaczyć, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że doświadczenia „in vitro“ wykonane dotyczyły krwi rozcieńczonej, t. j. 1%, a nadto od surowicy możliwie uwolnionej, jakoteż jeżeli przypomnimy spostrzeżenie, jakie pierwszy Kruskal zauważył, a mianowicie, że surowica przeszkadza, względnie znosi hemolityczne działanie substancyi saponinowych na krwinki, z powodu, że zawiera jakieś substancye uodporniające, względnie wiążące saponiny. Tym, poprzednio wymienionym substancyom saponinowym, nie powodującym hemoglobinuryi „in vivo“, należy jednak przeciwstawić inną grupę saponinów, które wstrzyknięte do żyły zwierząt, a szczególnie psom i kotom, w dawkach od śmiertelnych niższych, powodują hemiglobinuryę u tych zwierząt, a w oddanym moczu znaleźć możemy hemoglobinę i methemoglobinę. Do tej grupy należą według badań, wykonanych w instytucie Koberta, cyklamina, paryllina, sarsaponina i smilasaponina, a według ostatnich badań także i monesyna (cortex monesiae) i sapotyna (sem. achras sapotae).

Zachodzi teraz pytanie, jakim czynnikom należy przypisać działanie hemolityczne ciał saponinowych, jak również jakie substancye we krwi przeszkadzają w danych przypadkach działaniu temu, t. j. jakie ciała uodparniają krew. W pracy Koeppego „O hemolizie czerwonych krwinek“ wypowiada autor zdanie, że przyczyną hemolizy krwinek jest zniszczenie osłonki — ścianki napół przenikalnej, otaczającej krwinki; ścianka ta zdaniem jego składa się z substancyi „podobnej do tłuszczu“ lub „zawiera taką substancyę jako część składową“. Ciała, względnie czynniki, niszczące tę ściankę, dzieli na pięć grup, a mianowicie zalicza do nich: 1) wodę, 2) ciepło, 3) jony wodorowe, 4) jony hydrosylowe i 5) ciała tłuszcz rozpuszczające. Kwestyę, do której z tych grup należą ciała saponinowe, jako rozpuszczające krew, objaśnia pośrednio praca Ransoma p. t. „Saponina i jej odtrutka“. Autor wykazał w tej pracy, że saponina wyrobu Mercka przez kilkogodzinne macerowanie w rozczynie cholesteryny (eter.) utraca swoją własność hemolityczna. Na podstawie tego i wielu podobnych doświadczeń twierdzi autor, że działanie antihemolityczne surowicy krwi wobec istot saponinowych tłómaczy się zawartością cholesteryny we krwi. Cholesteryna surowicy krwi odprowadza trucizny saponinowe, gdy cholesteryna krwinek je przyciąga; w razie przewagi pierwszej krwinka zostaje nienaruszoną, w razie braku tejże, a więc braku surowicy, saponiny przechodzą na krwinki, niszczą ich ściankę i powodują hemolizę. Działanie uodparniające cholesteryny zostało również stwierdzone przez Koberta, a w szczególności co do sapotoksyny, a który wykazał, że sapotoksyna wobec cholesteryny nie tylko utraca swe działanie hemolityczne, ale nadto utraca swe własności trujące na serce żab. Wynika z tego, że ciała saponinowe należą zatem do piątej grupy Koeppego, to jest do ciał rozpuszczających tłuszcz, względnie łączących, a nadto, że cholesteryna krwi jest ową substancyą uodporniająca przeciw niektórym saponinom. Badania Ransoma wykazały również, że cholesteryna posiada własności uodparniające nietylko przeciw saponinom, ale także wobec trucizn wężów. Wyniki tych badań potwierdzili także Kyes i Sachs, którzy wykazali uodporniające własności wobec jadu okularnika (Cobra) jakoteż tetanolizyny.

W ten sposób możemy prawdopodobnie wytłómaczyć fakt uodporniania ustroju zwierzęcego przeciw saponinom przez wstrzykiwania podskórne tych ciał w małych dawkach, mianowicie zwiększeniem się ilości cholesteryny w plazmie. Słuszność tego tłómaczenia dotychczas nie została stwierdzona doświadczalnie.

Pozostaje jeszcze do omówienia działanie związków saponinowych na serce, jak również działanie odurzające na ryby.

Badania Langendorfa, Strauba, Kakowskiego i Koberta wykazały zgodnie, że związki saponinowe, a w szczególności pochodzące z kory mydlnika (*cort. quillajae*) są silnemi truciznami sercowemi, a mianowicie, że działają wprost na mięsień sercowy bez udziału nerwów. Przy użyciu odpowiedniej dawki 5—10 miligramów następuje podobnie, jak po truciznach z grupy naparstnicy, stężenie i porażenie serca w skurczu. Gdy jednak porażenie po truciznach z grupy naparstnicy z początku nie jest zupełne i może być zniesione przez zwiększenie ciśnienia śródsercowego, to po zadziałaniu ciał saponinowych porażenie już więcej nie ustępuje. Nadto różnica w działaniu polega również na tem, że gdy trucizny grupy naparstnicy działają na narząd hamujący serce początkowo podrażniająco, a potem go porażają, to ciała saponinowe na narząd ten zupełnie nie działają. W końcu ważną jeszcze właściwością związków saponinowych jest własność odurzania, jakim ulegają ryby, przebywające we wodzie, zawierającej ciała saponinowe. Własność ta była właściwie znaną już w starożytności i Aristoteles wspomina o używaniu odmiany dziewanny do trucia i łapania ryb. Wogóle znamy około 300 roślin, mających te własności. Nowsze badania, wykonane w stacyi zoologicznej w Neapolu, potwierdziły działanie ciał saponinowych na zwierzęta morskie, a nadto wykazały, że poszczególne rodzaje zwierząt wykazują różnego stopnia wytrzymałość na związki saponinowe. I tak n. p. wykazano, że wyrosłe raki mogły żyć bez szkody dla ich zdrowia we wodzie morskiej, zawierającej kwas kwilajowy lub też sapotoksynę w ilości 1:2000 do 1:1000, podczas gdy w tych warunkach robaki, gwiazdy morskie i ryby ginęły wśród objawów porażennych w ciągu godziny. Badania te wykazują, że wogóle ryby, nawet najwytrzymalsze, jak żarłacze, są bardzo wrażliwe na związki saponinowe, a szczególności na substancye z kory mydlnika. W rozczynie 1:60000 ginęły dorosłe żarłacze w ciągu 7—

godzin, w rozcieńczeniu 1:100.000 do 200.000 w ciągu 10 do 24 godzin. Przy tej sposobności stwierdzono również, że sapotoksyna, gotowana z cholesteryną, utraciła nawet dla najdrażliwszych ryb działanie trujące, względnie odurzające.

Dr. med. Alfred Sokołowski. **Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.** Tom III. Cz. I. Choroby opłucnej i śródpiersia. Cz. II. Suchoty płucne. Warszawa, 1906, str. XI + 809 + XVII. Wydawnictwo „Gazety lekarskiej".

Przed dwoma laty zdawałem na tem miejscu sprawę z dwóch pierwszych tomów „Wykładów klinicznych" Sokołowskiego, obejmujących choroby tchawicy i oskrzeli, oraz choroby płuc. Obecnie ukazał się tom trzeci, największy, i tym sposobem ogromne dzieło, obejmujące z górą 100 arkuszy druku, doprowadzone zostało do końca.

Tom ten możnaby uważać za najważniejszy, jako iż daje on obszerną (600 stronic) naukę o suchotach płucnych, powtóre zaś — najważniejsze zasługi naukowe autora dotyczą właśnie tej dziedziny. O wartości tomu tego powiedzieć mogę właściwie to samo, co mówiłem o wartości pierwszych dwóch, z tą chyba różnicą, iż zalety pracy Sokołowskiego, jakie podkreśliłem przed dwoma laty, uwydatniają się w części ostatniej jeszcze bardziej, niż w pierwszych dwóch; to zaś, co było nie tyle wadą, ile, że powiem, brakiem pożądanych kroków postępu, jeszcze mniej waży w całokształcie opracowania, niż ważyło poprzednio.

Dotyczy to przedewszystkiem ogólnego układu tomu trzeciego, przy którym autor trzyma się jak poprzednio „kierunku anatomicznego" i np. w opisie czy zapalenia opłucnej, czy form gruźlicy płuc stara się, podobnie zresztą, jak to widujemy u innych współczesnych ftyzyologów (np. A. Fraenkel), postacie kliniczne podprowadzić pod kategorye różniczkowane przez anatomopatologów. Możnaby więc znowu tu i owdzie podyskutować z autorem, o ile tego rodzaju próby wytrzymają ściślejszą krytykę, tembardziej, że i między anatomopatologami istnieją niemałe różnice poglądów co do klasyfikacyi zmian gruźliczych w płucach, możnaby zapytać, czy na odmienność biegu klinicznego suchot nie składają się raczej różnice indywidualności z jednej strony — z drugiej zaś różnice zakażenia (bardziej czyste lub bardziej mieszane), niż różnice wejrzenia zmian swoistych w płucach. Stosownie do tego różnic możnaby oceniać i wartość tych i innych kojarzeń form klinicznych z formami anatomicznemi, jakie znajdujemy w dziele naszego autora; nie przeszkadza to jednakże faktowi, iż z tego pozostanie zawsze cenny szereg opisów samych postaci klinicznych gruźlicy, opisów plastycznych i wyczerpujących, licznie ilustrowanych własną kazuistyką, opisów, dających doskonałe pojęcie o kalejdoskopowym charakterze przebiegu gruźlicy i mogących być wiernym przewodnikiem nieraz dla doświadczonego lekarza. W tym właśnie punkcie praca Sokołowskiego nosi najwięcej cech świeżości i oryginalności i przedstawia najlepsze rękojmie. Przypomnę przecież, iż współczesna klinika gruźlicy płucnej zawdzięcza przedewszystkiem Sokołowskiemu zwrócenie uwagi na liczne i różnorodne odmienności obrazów gruźlicy płucnej od typu poprzednio znanego, np. na postać t. zw. rzekomo anemiczną, rzekomo żołądkową, (skryte postacie suchot płucnych), na różnice wobec tła danego i t. d.

Bardzo szczegółowo rozbiera Sokołowski etyologię gruźlicy, oraz sposób rozwoju tej choroby, drogi przedostawania się zarazka gruźliczego do ustroju ludzkiego — kwestya do niedawna tak prosta, a obecnie tak zawikłana i sporna. Jest to jeden z najciekawszych ustępów w tomie trzecim: z materyałów, przedstawionych przez autora, wynika ostatecznie i dla niego samego, że właściwie nie można znaleźć laseczników w otoczeniu chorego, że przypadki bezpośredniego zarażenia się gruźlicą od chorego należą do unikatów, że nawet i te unikaty różnie tłómaczyć sobie można. Mimo to, kiedy chodzi o zapobieganie gruźlicy, autor stoi na punkcie widzenia, iż źródłem „zarażenia się" jest plwocina, która o ile jest w stanie płynnym nie jest szkodliwa, gdyż z ośrodka płynnego lasecznik nie może przedostać się do powietrza, natomiast plwocina wyschnięta pod postacią drobnego pyłu, a z nią i lasecznik z łatwością przy ruchu powietrza przedostaje się do dróg oddechowych człowieka. „Walka z plwociną, odkażanie jej, niszczenie, stanowi poniekąd podstawowy czynnik nie tylko walki z gruźlicą, lecz i jej profilaktyki" podkreśla poprzednio (str. 645) w przeciwstawieniu do Behringa, (który jak wiadomo, uważa mleko za podstawowe źródła zakażenia). Są to oczywiste niekonsekwencye i sprzeczności: trudno jednak robić autorowi z tego specyalny zarzut, jako iż obecnie, niestety, przy zastosowaniu praktycznem naukowych danych co do etyologii gruźlicy, niemal wszyscy, nie wiedząc właściwie, czego się imać, wpadamy ciągle w sprzeczności, że w końcu, jak zawsze, kiedy chodzi o życie i zdrowie ludzkie, musimy uwzględniać wszelkie podejrzenia, nawet najdrobniejsze czynniki, choćby wobec bieżących zapatrywań naukowych przedstawiały się one nieracyonalnymi.

Ciekawe są także dane co do mniejszej chorobowości i śmiertelności w gruźlicy śród żydów, niż śród chrześcijan (str. 294—297). Z kwestyi, którym autor poświęcił natomiast mniej uwagi, niżby należało oczekiwać, możnaby wymienić ustęp o zapaleniu opłucnej przeponowej (*pleuritis diaphragmatica)*, jak w swoim czasie referent na podstawie własnych spostrzeżeń rozbierał; choroba ta łatwo może być rozpoznawana, jako napad kamicy żółciowej. Podobnie, kiedy chodzi o kwestyę leczenia gruźlicy klimatem swojskim, szczególnie w sanatoryach „ludowych", autor, zdaniem naszem, za mało uwzględnił szereg nowszych publikacyi krytycznych w tym kierunku, które w dostatecznej mierze wyjaśniają granice sprawności leczniczej i ulotne znaczenie metody sanatoryjnej.

Poza tem, jeśli chodzi o część terapeutyczną w omawianym tomie, prawdziwie podziwiać można doświadczenie naszego autora, który w ciągu ćwierćwiekowej pracy zdołał wypróbować osobiście niemal wszystkie z pośród zalecanych rzekomych specyfików na suchoty i niemal o każdym szczegółowszą ocenę w dziele swem podaje. Ostatecznie żadnemu z nich nie przyznaje Sokołowski rzeczywistego działania leczniczego, chociaż nie przeczy, iż ten i ów posiada pewną wartość w leczeniu gruźlicy, czy to ułatwiając odpluwanie, czy zmniejszając cuchnące własności plwociny, czy wzmagając łaknienie i t. p. Szczególnie dobrze odzywa się autor o olejku żywiczniowym (eukaliptowym, 2—3 razy dziennie w kapsułkach po 5 kropli), samym lub w połączeniu z olejem cynamonowym (1 kropla na 5 kropli olejku żywiczniowego), także o lignosulficie do wziewań (10—20 kropli na 25 gram. wody do przyrządu Siegla): natomiast zarzucił zupełnie kreozot, gwajakol i t. d.

Zresztą istotnem leczeniem suchot jest dla Sokołowskiego, jak dla całej współczesnej medycyny, jedynie leczenie dyetetyczno-hygieniczne: powietrze i odżywianie. Co do ostatniego, zwraca autor uwagę, iż tuczenie gruźliczych powinno mieć swoje granice, że tycie nie zawsze jest identyczne z poprawą zmian w płucach, że doprowadzenie chorego do stanu otyłości może być punktem wyjścia nowych dokuczliwych objawów. Odrzuca niemal zupełnie alkohol z terapii suchot płucnych. Omawiając leczenie klimatyczne, podaje cały szereg nader szczegółowych wskazówek co do wyboru miejscowości i sanatoryum; wskazówki te tem cenniejsze, iż Sokołowski, jeden z pierwszych i długoletnich asystentów twórcy klinicznej terapii suchot płucnych Hermana Brehmera, osobiście dokładnie zna lub zwiedził różne sanatorya i miejscowości klimatyczne — nawet tak oddalone, jak Algier. Wreszcie podane są wyczerpujące wskazówki co do postępowania objawowego przy gruźlicy płucnej.

Tak się w krótkości przedstawia treść omawianego tomu, który, uzupełniając dwa poprzednio wydane, daje na-

szej niebogatej literaturze lekarskiej dzieło niewątpliwie cenne, dzieło, które w historyi medycyny polskiej zająć powinno wydatne stanowisko. Spojrzę nań jeszcze z jednego punktu widzenia. Praca Sokołowskiego skończoną została w chwili, kiedy dla naszej metropolii, zarazem dla umysłowego życia w największym odłamie Rzeczypospolitej zaczyna świtać lepsze jutro, lepsze powietrze, niż istniało przez tyle dziesiątków lat. Poczęta jednakże ta praca i niemal w całości dokonana została w warunkach bezprzykładnie trudnych, w atmosferze z dnia na dzień bardziej dławiącej, w epoce, w której wiele najlepszych zapoczątkowań i usiłowań łatwo przepadać mogło i nieraz przepadało. Mimo to nie ginęła bezwzględnie praca twórcza na polu wiedzy, jak dowodzi oto pojawienie się tak przedniego dzieła, jak praca Sokołowskiego. Jako jeden z wybitnych dowodów niespożytości naszego plemienia i jego dążeń cywilizacyjnych ucieszyć powinno też ono każdego dobrego obywatela, który wierzy, iż największą potęgą społeczeństw współczesnych są postępy w dziedzinie „intelektu“ na polu nauki i sztuki — gromadzenie coraz większych zasobów dóbr umysłowych.

E. Biernacki.

VI. Wyciągi.

MEDYCYNA WEWNĘTRZNA. H. Lüthje. **O kilku nowszych punktach widzenia w leczeniu cukrzycy.** (*Medizinische Klinik* 1905, Nr. 35). Wszystkie doświadczenia z ostatnich lat doprowadzają do wniosku, że w ostatniej linii przyczyną cukrzycy jest brak jakiegoś jednego lub więcej działań zaczynowych, które drobinę cukru niejako rozluźniają i dopiero wtedy umożliwiają utlenienie. Poszukiwania tedy współczesne głównie skierowane są w kierunku znalezienia zaczynów, powodujących spalanie cukru. Na razie atoli pozostaje leczenie cukrzycy opartem na zasadach higieniczno-dyetetycznych i empirycznych. Zapatrywanie Pflügera, że tłuszcz jest substancyą cukrotwórczą, nie znalazło dotąd uznania i dlatego musimy na razie dalej uważać tłuszcz za ważny czynnik odżywczy w cukrzycy. Co się tyczy białka, to dzisiaj odstąpiono od bezkrytycznego podawania dowolnych jego ilości w cukrzycy. Mering i Noorden zgodnie twierdzą, że nie należy pod żadnym warunkiem podawać więcej, aniżeli 500 grm. gotowanego, względnie 700 gramów surowego mięsa. Należy zaniechać wywoływania zaniku cukru przez głodzenie, jako środka ryzykownego i nieobojętnego dla ustroju. Co do ilości dozwolonych węglowodanów, to ta waha się w granicach ich znoszenia w każdym poszczególnym przypadku. Jakość doprowadzanego do ustroju białka niema znaczenia, a tylko żółtka w większych ilościach nie należy wprowadzać, gdyż ono według badań Lüthjego wskutek wysokiej zawartości lecytyny potęguje w znacznym stopniu tworzenie się i wydzielanie cukru. Spożywanie tłuszczów (masła) nie przyczynia się do acetonuryi i diaceturyi, bo w maśle zawartych jest zaledwie 2 prc. niższych kwasów tłuszczowych, któreby tu wchodziły w rachubę. W ostatnich czasach Noorden i inni polecają gorąco leczenie owsiankami. Polecenia godną jest mieszanina 20 grm. owsianki gniecionej, 20 grm. białka i 30—40 grm. masła. Na czem polega, niewątpliwie zresztą stwierdzona, wyższość mąki owsianej nad pszenną, jest rzeczą dotąd nie wykazaną. Nadto Lüthje zwraca uwagę, że jeśli stwierdzimy stopień zdolności przyswajania dla chleba u danego osobnika, to możemy niejednokrotnie podawać ponadto węglowodany o innej postaci bez wywoływania cukromoczu. Jeśli n. p. przy podawaniu 80 gramów chleba mocz był jeszcze wolny od cukru, a przy 90 gramach pojawiał się cukier, to u tych samych chorych mocz bywał wolnym od cukru, jeśli im podano 80 grm. chleba + 20—40 gramów ziemniaków, albo też 80 gramów chleba + 20 grm. mąki owsianej + 200 cm.³ mleka. Z metod wykrywania cukru autor poleca metodę Nylandra, równocześnie uskutecznioną z próbą fermentacyjną lub polaryzacyjną. W ostatnich czasach Arnheim stosował lewatywy z roczczynów cukru, przyczem wydzielanie cukru nie ulegało zmianom, a nawet malało. Jakkolwiek doniesienie Arnheima znalazło potwierdzenie w pracach Orłowskiego, Bingla i autora i cukier rzeczywiście został na drodze lewatyw zresorbowany i zużyty, to jednak doświadczenia te jeszcze nie nadają się do zużytkowania w praktyce. Tak samo nie mają jeszcze praktycznego znaczenia wnioski, wynikłe z doświadczeń autora, o korzystnym wpływie wysokiej ciepłoty otoczenia na cukrzycę. Zgodnie z tem twierdzi Klemperer, że leczenie cukrzycy w Karlsbadzie w miesiącach letnich daje znacznie łepsze wyniki, aniżeli w miesiącach zimowych.

Dr. M. Blassberg.

Prof. Minkowski. **Odosobnione porażenie mięśni brzusznych na tle zapalenia nerwów.** (*Deutsche med. Wochs.* Nr. 41, 1905). W rozmaitych sprawach chorobowych środkowego układu nerwowego mięśnie brzuszne biorą udział w porażeniach: poprzecznem (*paraplegia*), czy połowiczem (*hemiplegia*); zajęto one również bywają często przy rozsianem zapaleniu nerwów (*neuritis multiplex*); do wyjątków jednak należy, aby mięśnie brzuszne same jedne uległy zupełnie odosobnionemu porażeniu skutkiem zmian zapalnych w odpowiednich nerwach obwodowych (międzyżebrowych dolnych). Dwa własne podobne przypadki opisuje autor. W jednym z nich rozwinęły się zmiany zapalne w odpowiednich obwodowych gałązkach nerwowych na tle cukrzycy i przewlekłego zatrucia alkoholem, w drugim po przebyciu choroby zakaźnej. W pierwszym przypadku rozpoznanie skłaniało się chwilowo, wobec ograniczonego na małej przestrzeni wzdęcia i wypuklenia powłok, — na stronę zwężenia jelit i dopiero zwrócenie uwagi na silniejsze zniecznienie, zanik mięśni i zmiany w pobudliwości elektrycznej jednej połowy powłok brzusznych sprawę całą rozjaśniło. W drugim przypadku interesującem zjawiskiem było wystąpienie półpaśca razem z porażeniem mięśni brzusznych (w odpowiednich nerwach ruchowych znajdować się musiały włókna czuciowe, względnie odżywcze). *Wilczyński.*

Prof. Stiller. **Więź suchotnicza i gruźlicza niestrawność.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 38, 1905). Opadnięcie trzew (choroba Glenarda) zawdzięcza swe powstanie nie jakimś mechanicznym czy urazowym wpływom, lecz wrodzonej, wątłej budowie i usposobieniu całego ustroju, którą Tuffier znakomicie określa jako: *inferiorité physiologique des tissus.* Usposobienie to cechuje się całym szeregiem znamion, jak: smukły kościec, długa, płaska i płytka klatka piersiowa, szerokie przestwory międzyżebrowe, ostry kąt nadpępkowy, wiotkie mięśnie, słabo rozwinięta podściółka tłuszczowa, a nadto wolne, niezrośnięte dziesiąte żebro (*costa decima fluctuans*), które to ostatnie nietylko jest pewnem *stigma atonicum*, ale także — ponieważ wątło zbudowany ustrój stanowi podłoże dla późniejszego rozwoju choroby Glenarda — i *stigma enteroptoticum.* Ponieważ dalej, jak doświadczenie poucza, osobniki z podobną budową ciała (habitus atonicus) okazują zazwyczaj nadmierną wrażliwość układu nerwowego, możemy przeto wolne X żebro oznaczyć również i jako: *stigma neurasthenicum.* Nakoniec ponieważ niestrawność, towarzysząca zazwyczaj chorobie Glenarda, nie zależy od samego anatomicznego opadnięcia trzew, lecz jest przedewszystkiem niestrawnością nerwową (*dyspepsia nervosa Leube*), przeto *costa X fluctuans* należy uznać równocześnie i za *stigma dyspepticum.* Cały zbiór wszystkich powyższych wad anatomicznych uważa autor za jedną wrodzoną chorobę *sui generis* i obejmuje ją nazwą: *asthenia universalis congenita.*

Opisany powyżej *habitus asthenicus*, względnie *enteroptoticus* uderzające ma podobieństwo ze znanym już oddawna *habitus phthisicus* (*s. paralyticus*); autor je nawet wprost utożsamia. U ludzi obciążonych dziedzicznie i usposobionych do gruźlicy spotyka się równie często wolne w różnym stopniu X żebro; budowa suchotnicza (*habitus phthisicus*) nie jest więc wyłącznym przywilejem i atrybutem gruźlicy, stąd też bardzo często dzieje się, że dzieci rodziców nie gruźliczych, tylko astenicznych, budowę ich dziedziczą i na tej podstawie skłonne są do gruźlicy. Budowa asteniczna u dzieci stanowi wspólną podstawę, na której stosownie do warunków zewnętrznych w późniejszym wieku rozwinąć się może z jednej strony choroba Glenarda, niestrawność i neurastenia z drugiej zaś gruźlica, lub też, co nierzadko się zdarza, jedno i drugie u tego samego osobnika. Powyższe fakta rozświetlają nam również niewyjaśnione dotychczas pytanie co do przyczyny i przyrody gruźliczej niestrawności, którą w 70—90 prc. gruźlicy się spotyka; przytaczane dotychczas powody, jako to: zwyrodnienie skrobiowate lub gruźlica żołądka, podrażnienie nerwu błędnego przez powiększone gruczoły oskrzelowe lub śródpiersiowe, ogólna niedokrwistość, nadmierne odżywianie, nie tłómaczą nam wszystkich przypadków gruźliczej niestrawności. Przyczyny jej szukać jedynie należy w astenicznej budowie ciała, która, jak wyżej powiedziano, usposabia zarówno do gruźlicy, jak i nerwowej niestrawności, względnie opadnięcia trzew z całym jego wielopostaciowym obrazem klinicznym (niedowład i niedomoga ruchowa żołądka, zmiany w jego sile wydzielniczej i t. d.).

Wilczyński.

Curschman. **O częściowej myotonii z pozorami nerwicy i porażeń zawodowych.** (*Berliner klin. Wochs.* Nr. 37, 1905). Autor opisuje przypadek myotonii, dotyczący 17-letniego szczotkarza, u którego pojawiły się po wysilającej pracy porażenia i zaniki mięśni prostujących przedramię, prostownika sprychowego

nadgarstka i wszystkich mięśni prostujących i odwodzących palca wielkiego ręki prawej, następnie wystąpił niedowład mięśnia odwodzącego i prostującego palec wielki ręki lewej. Niedługo potem pojawiły się kurcze myotoniczne w antagonistach, t. j. mięśniach przeciwstawiających i przywodzących palca wielkiego ręki prawej, następnie ręki lewej, które zajęły także zginacze łokciowe nadgarstka. Badanie tych mięśni dało wynik dla myotonii charakterystyczny, natomiast w mięśniach porażonych nie można było wykazać nawet śladów myotonii, tylko mięśnie języka przy podrażnieniu mechanicznem popadały w skurcz myotoniczny. Autor tłomaczy obraz choroby w ten sposób, iż przypuszcza u chorego ukrytą myotonię, która dopiero ujawniła się w mięśniach palców wielkich po odpadnięciu działania antagonistów wskutek porażenia zawodowego. *Latkowski.*

Elsner. **Błonica śluzowata jelita** (*Colitis muc. s. enteritis membr.*) **i morzysko śluzowe** (= **kolka śluzowa** — *colica mucosa*). (*Deutsche med. Wochs.*, 1905, Nr. 38). Od 20 przeszło lat, t. j. od chwili, kiedy Leyden pierwszy opisał charakterystyczny zbiór objawów pod nazwą *enteritis membranacea*, istniał w nauce spór co do kwestyi przyrody tego cierpienia. Podczas gdy jedni (głównie Niemcy z Nothnaglem na czele) upatrywali w napadowem bolesnem wydzielaniu odlewów śluzowych przeważnie wpływy nerwowe, to natomiast większa część autorów francuskich kładła nacisk na istnienie anatomicznych zmian zapalnych na błonie śluzowej jelita grubego; pierwsi zaliczali błonicę śluzowatą do nerwic wydzielniczych jelita, drudzy pomieszczali ją wśród spraw zapalnych. Do tego zamięszania zapatrywań przyczyniła się w pierwszym rzędzie okoliczność, iż niektórzy klinicyści, nie troszcząc się wcale o podany przez Leydena szczegółowo pierwowzór chorobowy, rozszerzyli znacznie pojęcie pierwotne i zakres błonicy śluzowatej i każdy przypadek, gdzie tylko w stolcach pojawiał się śluz w większej ilości, jak n. p. przy zaparciu stolca, guzach krwawniczych, nieżycie odbytnicy — mylnie zaliczali już do błonicy śluzowatej. Drugą okolicznością, któraby odrazu mogła całą sprawę rozświetlić i z dziedziny błędnych i mglistych przypuszczeń ściągnąć na tory rzeczywiste, był brak dotychczasowy większej liczby sekcyi w tym kierunku. W obecnej dobie rozróżniamy ściśle dwie postacie wydzielania się śluzu z jelita: zwykłą nieżytową, spotykaną w nieżycie jelita grubego, dla której zatrzymano nazwę *enteritis membranacea* i drugą postać, uważaną dzisiaj powszechnie za nerwicę, dla której Ewald podał nazwę *myxoneurosis intestinalis*, względnie (tam, gdzie oddawaniu odlewów śluzu towarzyszą napady bolów) *colica mucosa*.

Najczęstszą przyczyną pierwszej postaci bywa przewlekłe zaparcie stolca; należy zauważyć, że sztuczną *enteritis membranacea* wytworzyć można częstemi lewatywami ze środków ściągających, zwłaszcza z garbnika; przebiega ona bez przykrzejszych objawów, nie wywołując podmiotowych dolegliwości; wydzielanie się śluzu odbywa się podobnie, jak w zwykłej *colitis simplex*, bez bolu; dopiero wówczas, gdy dosięga ono znacznych rozmiarów, mogą dołączyć się parcia. Ze względu na wspólne zupełnie objawy i niemożliwość ściślejszego odgraniczenia od *colitis simplex*, odzywają się obecnie poważne głosy (Mannaberg, Eichhorst, Schmidt), aby w celu uniknięcia zbytecznego i niepotrzebnego rozgatunkowania wykreślić z nauki nazwę *enteritis membranacea*, a wszystkie te przypadki, które dotychczas się nią obejmowało, zespolić razem pod wspólnem pojęciem *colitis simplex*. Drugą postać (tak jak ją Leyden pierwotnie opisał pod nazwą *enteritis membranacea*, którą później uznano za nerwicę i dlatego zmieniono jej miano na *myxoneurosis intest.*, względnie *colitis mucosa*), spotyka się rzadko, przeważnie u kobiet, cierpiących na przewlekłe kurczowe zaparcie stolca z równoczesnymi kurczami jelitowymi. *Wilczyński.*

Prof. Krönig. **Zatrucie maretyną.** (*Med. Klinik* Nr. 42, 1905). Przed rokiem wprowadzona przez znaną firmę Bayera w Elberfeldzie do handlu maretyna znalazła odrazu szerokie zastosowanie, jako lek zupełnie nieszkodliwy, pozbawiony wrzekomo wszelkich trujących własności, a odpowiadający działaniem swojem antyfebrynie. Liczne spostrzeżenia z klinik i szpitali brzmiały korzystnie, podnosząc zwłaszcza jej znakomite działanie w gośćcu stawowym i w gorączce trawiącej. Spostrzeżenia autora jednak dowodzą, że i na ten lek podobnie, jak na antyfebrynę, trzeba się zapatrywać sceptycznie; spostrzegał on mianowicie nawet po użyciu małych dawek (0·2—0·25, 2×dnia) maretyny pojawianie się u chorych niezwykłej bladości skóry z odcieniem szaro-żółtaczkowym, a szczegółowe badanie w jednym przypadku wykazało daleko sięgające zmiany we krwi: spadek ilości Hgb. do 45 prc., pojawienie się hemoglobinemii, ukazanie się nieprawidłowo wytworzonych krwinek czerwonych (poikilocyty, ciałka barwiące się metachromatycznie, komórki macierzyste krwinek czerwonych [erytroblasty], t. zw. *punktförmige Degeneration* Grawitza). Odpowiednio do tych ciężkich zmian we krwi i mocz wykazywał nieprawidłowości (hidrobilirubina, wałeczki gruboziarniste i hemoglobinowo z kryształkami hematoidyny, pojedyncze wyługowane krwinki czerwone, — jednem słowem objawy hemoglobinuryi z następowemi ostremi zmianami miąższu nerkowego). *Wilczyński.*

Saathoff. **Przyczynek do patologii tętnicy podstawnej mózgu.** (*Deutsches Archiv f. klin. Med.* T. 84, 1905). Powodem, że tętnica podstawna mózgu tak często jest siedzibą różnych zmian patologicznych, jest bardzo niekorzystne jej umieszczenie w jamie czaszki i bezpośredni przebieg na kostnej podstawie, — częstokroć pokrytej licznemi wyroślami. Pod naciskiem zbitego mostu Varola ściany jej przy większych wstrząśnieniach całego ciała, upadkach i t. d., ulegają bardzo łatwo zgnieceniu, naciągnięciu, lub też częściowemu rozdarciu, w następstwie czego powstać może łatwo, — zależnie od okoliczności, — skrzep, zapalenie ścian tętniczych, tętniak. Również i zmiany kiłowe nawiedzają dość często tętnicę podstawną, jako miejsce wystawione i narażone na częste urazy, przechodząc następnie na oponę pajęczą w okolicy między szypułkami mózgowemi, a skrzyżowaniem nerwów wzrokowych. *Wilczyński.*

CHIRURGIA. Galliard. **Leczenie ostrego rzeżączkowego zapalenia stawu kolanowego wstrzykiwaniami sublimatu.** (*Bulletins et memoires de la societe médicale des hopitaux de Paris*, 23 marca, 1905). Bezwzględne unieruchomienie uchodziło do niedawna za jedyny sposób leczenia ostrego zapalenia stawu kolanowego na tle rzeżączkowem. W ostatnich latach polecało wielu autorów nacięcie stawu kolanowego przy ropnej zawartości stawu. By tego uniknąć, proponuje autor w tych przypadkach wykonanie nakłucia, po którem przystępuje do wstrzyknięcia sublimatu, względnie wymycia stawu sublimatem. Leczenie to można jednakże stosować zdaniem autora jedynie w zapaleniu stawu kolanowego. Wynikiem tego leczenia jest natychmiastowe ustąpienie bolu, nawet w tych przypadkach, gdzie w niedługim czasie zbiera się z powrotem wysięk; istniejąca gorączka także ustępuje. Unika się w ten sposób długiego unieruchomienia wraz z jego przykremi następstwami, polegającemi na wytworzeniu nie dających się usunąć zrostów. Autor stosuje rozczyn sublimatu 1:4000 i wstrzykuje naraz 20 cm.³ tego rozczynu. Po poprzedniem nakłuciu, względnie aspiracyi wypociny, wstrzykuje się podaną wyżej ilość i tak długo powtarza się to wstrzykiwanie, aż odpływająca treść staje się możliwie rozcieńczoną. Częstokroć potrzebnych jest 5 do 6 wstrzyknięć na jedno posiedzenie. Po opatrzeniu małej ranki, zadanej ukłuciem, owija się kolano watą bez ucisku i kładzie na płaski podkład. Po zupełnem wessaniu wysięku stawowego, co zazwyczaj następuje już po kilku posiedzeniach, należy rozpocząć leczenie mięsieniem i ruchami biernymi, które z powodu bardzo znacznych bolów należy robić w znieczuleniu. W dziesięciu przypadkach, podanych przez autora, leczenie trwało od 4 tygodni do 4 miesięcy, lecz ani razu nie powstało zesztywnienie w stawie dotkniętym sprawą chorobową. Ważną jest ta okoliczność, że u wszystkich chorych, u których zapalenie stawu kolanowego nie było na tle rzeżączkowem, ten sposób leczenia był zupełnie bezskutecznym. Samo przez się rozumie się, że niezależnie od tego należy równocześnie leczyć schorzenie cewki moczowej. *B. Żmigród.*

Federmann. **Niedrożność jelit w przebiegu ropnego zapalenia wyrostka robaczkowego.** (*Arch. f. klin. Chir.* t. 75, z. 3, 1905). Niedrożność jelit w przebiegu ropnego wyrostka robaczkowego należy do powikłań bardzo przykrych. Autor spostrzegał na oddziale Sonnenburga 6 takich przypadków. Niedrożność zjawiać się może w różnych okresach choroby (na przykład w przypadkach spostrzeganych od 8 dni do 6 tygodni). Powstaje ona przez kurczenie się zrostów ścian ropni, zajmuje głównie jelita cienkie, rzadziej grube. Zrostów takich zwykle jest kilka, bardzo rzadko jeden. Do objawów tego powikłania należą: wymioty mimo dyety ścisłej i płókań żołądka; bolesne kolki, trwające 4—5 dni (potem występuje porażenie jelit). Wzdęcie zwykle jest niewielkie, od czasu do czasu zjawiają się nawet skąpe wiatry i stolec po lewatywie. Gorączki w razie braku ostrego ropienia w początkach niema, podobnie i leukocytozy. Z operacyą zwlekać nie należy, a polega ona na szerokiem otwarciu jamy brzusznej w linii środkowej w ułożeniu z miednicą podniesioną (by kiszki wolno usunęły się pod przeponę), na przecięciu zrostów i zeszyciu ubytków w błonie surowiczej kiszek. Po operacyi w 4—6 godzin należy podać choremu 1—2 łyżeczek oleju rącznikowego celem uniknięcia nowych zrostów pooperacyjnych. W razie licznych zrostów i trudnych warunków operacyjnych pozostaje jedynie założenie przetoki kiszkowej. Często wśród zrostów spotykamy jeszcze ropnie i trzeba jamę brzuszną tamponować. Wynik operacyi wtedy naturalnie wątpliwy, bo nowe zrosty znowu mogą się wytworzyć jeszcze łatwiej. W celu zapobieżenia tworzeniu się niedrożności powinno się ropnie wcześ otwierać, a nie zwlekać z nacięciem w nadziei samoistnego wessania. *Dr. A. Klęsk.*

Seldowitsch. **Zranienia wywołane japońskimi pociskami.** (*Arch. f. klin. Chir.* t. 77, z. I, 1905). Jest to drugie sprawozdanie autora z wojny rosyjsko-japońskiej. (Pierwsze wydał po rosyjsku w *Ruskim Wraczu* Nr. 34, 1904). Zajmuje się w niem autor jedynie ranami postrzałowemi czaszki. Dalsze zranienia umieści w pracy następnej. Wogóle przyznać musi autor, że zranienia, zadane pociskami z karabinów japońskich, dają dobre rokowanie nawet przy ranach mózgu. Spostrzegano w ostatnich czasach 30 zranień czaszki i mózgu, 9 kręgosłupa, 26 klatki piersiowej, 27 jamy brzusznej, reszta (ze 164 przypadków) przypada na zranienia twarzy, jamy ustnej i kończyn. Zranienia granatami i szrapnelami wywołują już o wiele większe spustoszenia tak, że np. amputacye zaczynają niestety należeć znów obecnie do coraz częstszych operacyi wojennych. Na mocy doświadczenia doszedł autor do przekonania, że w zranieniach czaszki i mózgu trzeba bardzo często operować. Autor na 30 przypadków, w 17 wykonał zabieg operacyjny i nigdy tego nie żałował. Mimo braku groźnych objawów i mimo tego, że rana zewnętrzna nie wydawała się wielką, znajdował bardzo wielkie spustoszenie kości i mózgu. Spostrzegał naturalnie i rany proste czaszki, gdzie kula przeszła na wylot przez mózg, robiąc tylko mały otworek, tak np. jeden chory miał wlot i wylot kuli ponad obiema małżowinami usznemi (niemota zupełna); drugi na obu wyrostkach sutkowych. Kula przeszła tu więc symetrycznie przez całą czaszkę. Chorzy ci przychodzili szybko do zdrowia i z objawów pozostawały im tylko niedowłady kończyn (szczególnie górnej) i niemota. Przypadków takich spostrzegał autor 7, wszystkie z zejściem pomyślnem. Z 8 bardzo ciężko ranionych, gdzie ubytki w kości i mózgu były bardzo wielkie, stracił autor po operacyi 3. Autor był zdumiony nieraz wielką tolerancyą mózgu. Postrzał przeszedł np. czaszkę na wylot od kości czołowej do potylicy, zmiażdżył po drodze mózg (rana długości 14 ctm.); chory wyzdrowiał i tylko pozostał mu, jako ślad, niedowład prawej kończyny górnej. *Dr. A. Klęsk.*

Dönitz. **Technika, działanie i szczegółowe wskazania do znieczulenia lędźwiowego.** (*Arch. f. klin. Chir.*, T. 77, Z. 4, 1905). Doświadczenie autora opiera się na 407 przypadkach, z których w 102 użyto do znieczulenia stowainy, w 7 eukainy (*e. lacticum*), w reszcie zaś kokainy. Obecnie doszedł autor do wniosku, że 80 prc. znieczuleń przebiega bez najmniejszych objawów ubocznych. Ideałem znieczulenia lędźwiowego powinno być: 1) by działało pewnie, bez ubocznych objawów; 2) by wystarczała jak najmniejsza dawka środka znieczulającego; 3) by znieczulenie sięgało jak najwyżej. Zawodzi znieczulenie czasem, i to albo zupełnie, albo połowiczo (połowa ciała zostaje nie znieczuloną). Znieczulenie połowicze powstaje według autora wtedy, gdy nie wbije się igły w linii środkowej, lecz nieco z boku; wydarza się to szczególnie przy znieczulaniu w położeniu leżącem, a połowicze znieczulenie należy sobie tłómaczyć wtedy budową i rozgałęzieniem nerwów końskiego ogona. Przestrzeń środkowa między obu połowami ogona wypełniona jest płynem i w nią igłą wejść należy. W razie jeżeli przestrzeń ta jest wązka (n. p. gdy płynu niewiele), to trafia się do niej trudno i igła wchodzi między nerwy, które łatwo zatykają koniec i znieczulenie wtedy jest połowicze lub niezupełne. Zawsze też znieczulenie jest tem silniejsze, im więcej płynu mózgowo-rdzeniowego znajdziemy. Autor po wstrzyknięciu stowainy wysysa jeszcze raz płyn z kanału, by wszystko ze strzykawki zabrać i pomieszać lepiej roczyn i wstrzykuje potem płyn z powrotem. Igłę zostawić należy w położeniu, w którem płyn wychodzić zaczyna, a nie wsuwać głębiej, można bowiem wtedy znieczulić głównie sferę ruchową, t. j. przednią rdzenia, a nie czuciową. Po wstrzyknięciu używa autor i poleca położenie z głową w dół, polecone przez Kadera. Zanadto głębokie wsunięcie igły znieczula, jak powiedzieliśmy, sferę ruchową, a sięgając wyżej, porazić może czynność oddychania i krążenia. Prócz położenia Kaderowskiego można osiągnąć wysoko idące znieczulenie także przy pomocy wywoływania zastoiny żylnej na głowie i to w trojaki sposób: 1) założenie opaski, wstrzyknięcie i zatrzymanie opaski dalej; 2) założenie opaski, wstrzyknięcie i zdjęcie opaski zaraz potem; 3) wstrzyknięcie i następowe założenie opaski. Zdjęcie opaski po wstrzyknięciu powoduje znieczulenie idące wyżej (szybsze krążenie płynu), pozostawienie opaski wywołuje znów znieczulenie więcej ograniczone, lecz silniejsze. Ruch płynu ma znaczny wpływ na znieczulenie; z tego też powodu po wymiotach znieczulenie podnosi się często nagle do góry. Na isotonię płynu autor zwraca obecnie mało uwagi, poleca tylko wstrzykiwać jak najmniejsze ilości. Używa 4 prc. roczynu i dodaje 0,01 prc. przetworów nadnercza. W ostatnich czasach, idąc za radą Brauna, używa pastylek o składzie: *stovaini* 0,02, *supraren. boric.* 0.00013, *gum. arab.* q. s. Pastylki te (zwykle 2) rozpuszcza w płynie mózgowo-rdzeniowym. Objawy uboczne występować mogą i po zwykłych nakłuciach bez wstrzykiwania środków znieczulających (Gerhardt 18 prc., Nissl 25 prc.). Bardzo dobrze jest podać chorym przed znieczuleniem silniej działający lek przeczyszczający, a także i potem. Ból głowy zwalcza skutecznie antypiryna, piramidon i trigemina. Stowaina działa krócej od kokainy, za to suprarenina przedłuża znieczulenie. Autor radzi używać roczynów stowainy słabszych i mocniejszych. Gdy płyn mózgowo-rdzeniowy wypływa skąpo, wstrzykuje się tę samą dawkę roczynu słabszego, czyli roczynu (płynu) więcej; gdy płyn tryska, wstrzykuje się roczyn silniejszy. Obawa zakażenia jest mała; autor opłókuje tylko skórę eterem kilkakrotnie. Przy operacyach na międzykroczu po wstrzyknięciu układa się chorego poziomo: w razie operacyi na wyższych częściach ciała — z głową silnie w dół na pewien czas (o ile możności długo). Dawka średnia 0,04 stowainy, najwyżej 0,06. Stosując te zasady, otrzymać można obecnie zawsze silne, pewne i zupełnie bezpieczne dla chorych znieczulenie. *Dr. A. Klęsk.*

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA. L. Pinkus. **O leczeniu zachowawczem włókniaków macicy.** (*Zeitschrift für Geb. und Gyn.* T. LIV, Z. 3, 1905). Uznając różne metody zachowawczego leczenia włókniaków macicy, autor w pracy swojej zaznacza, iż wybitnym czynnikiem pomocniczym wśród tych metod jest przyżeganie gorącem powietrzem (atmokausis). Autor przyznaje, iż nie może być mowy o leczeniu włókniaków zapomocą przyżegania gorącem powietrzem, jednakże w wielu przypadkach pociąga one za sobą bardzo zbawienne skutki; o ile bowiem najniebezpieczniejszym objawem przy włókniakach są krwotoki, o tyle każdy sposób jest dobry, który te krwotoki powstrzymuje aż do nadejścia pory przekwitania. Jednym z tych środków jest przyżeganie gorącem powietrzem. Jeżeli w danym przypadku wyczerpie się wszystkie inne sposoby przeciwkrwotokowe, jak tamponadę, sporysz, wstrzykiwanie gelatyny, adrenaliny, wyskrobanie macicy itp. bez widocznych skutków, to wówczas dopiero należy zastosować jeszcze przyżeganie gorącem powietrzem. Krwotoki przy włókniakach są następstwem zmian w błonie śluzowej. W wielu przypadkach odpowiednie leczenie tych zmian powstrzymuje krwotoki. Jednakże skuteczne działanie jest tem wybitniejsze, im więcej pewien środek działa drażniąco na sam mięsień maciczny, zwiększając jego kurczliwość. I dlatego to częstokroć wyskrobanie jamy macicy z następowem leczeniem powstrzymując wprawdzie chwilowo krwotoki, ale rzadko zapobiega późniejszemu powrotowi tego groźnego objawu. Natomiast przyżeganie gorącem powietrzem, działając drażniąco na sam mięsień maciczny, pobudza jego kurczliwość, zapobiegając krwotokom na dłuższy przeciąg czasu. Trzeba jednakże uważać, jak i kiedy środek ten zastosować. I tak ciepłota ma dochodzić najwyżej 120° C.; działanie pary zaś ma być względnie krótkie. Następnie uważać należy na przeciwwskazania, z których najważniejszem jest, by nie stosować tego środka przy włókniakach podśluzowych. Dlatego należy najlepiej po rozszerzeniu szyjki zbadać palcem, czy do jamy macicy nie sterczą nierówności, świadczące o usadowieniu się włókniaków pod błoną śluzową. Wreszcie stosować należy przyżeganie w przerwach między krwotokami. Bezpośrednio przed zabiegiem należy jamę macicy oczyścić z krwi, skrzepów i śluzu. Najlepiej można powstrzymać chwilowe krwawienie przez przestrzyknięcie jamy macicy perhidrolem lub zadziałaniem środka tego przy pomocy sondy Playfaira. Podobny skutek osiąga się także zadziałaniem adrenaliny w roczynie 1: 1000. Przed zabiegiem uważać należy, by nie stosować wlewań (infuzyi) soli kuchennej, gdyż wówczas krzepliwość krwi się zmniejsza. Lepiej zastosować u osób wycieńczonych utratą krwi autotransfuzyę przez ułożenie na równi pochyłej, wówczas bowiem prócz łatwiejszego krążenia poprawia się i sama czynność serca. Następnie nie należy stosować uśpienia chloroformem, gdyż sam zabieg jest o tyle lekki, iż bez znieczulenia, które mogłoby mieć bardzo szkodliwe skutki, obejść się można. Wreszcie w otoczeniu macicy nie mogą być ostre zmiany zapalne. Jeżeli przy zastosowaniu tych wszystkich prawideł przyżeganie gorącem powietrzem pozostanie bez skutku, to wówczas dopiero należy myśleć o leczeniu operacyjnem.

Dr. Gustaw Wierzbicki.

R. Freund. **Ułożenie wysokie miednicy przy znieczuleniu rdzeniowem.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 39). Pierwsze próby ułożenia tego, dokonane przez Trzebickyego w roku 1901 przy użyciu czystej kokainy, wywołały ciężkie objawy zatrucia. Dopiero od czasu kombinacyi środków znieczulających z wyciągami nadnercza stosowano bezkarnie to ułożenie celem rozszerzenia zakresu znieczulenia (Kader, Schwarz i inni). W ostatnich czasach wykonał Veit drogą laparotomii 2 operacye doszczętne raka szyi macicznej w znieczuleniu rdzeniowem z uniesioną miednicą z najlepszym skutkiem. Używał do wstrzyknięcia mieszanki Billona (w 1 cm.³ 0·00013 epirenaniny + 0·04 stowainy + 0·0011 chlorku sodu) w ilości odpowiadającej 6—7 cg. stowainy. Powłoki brzuszne

oczyszczano przed wstrzyknięciem i zaraz po niem unoszono lekko miednicę, a z chwilą przystąpienia do operacyi sprowadzano jeszcze więcej pochyłe ułożenie. Znieczulenie następowało po 4—5 minutach, dosięgało sutka i trwało 1½—2 godzin. W 1. przypadku wystąpił krótki i lekki zapad w 10 minut po wstrzyknięciu. Druga chora była tak wycieńczona, że uśpienie przez wdychiwanie przedstawiałoby dla niej samo przez się duże niebezpieczeństwo. W przebiegu pooperacyjnym chore nie doznały następstw znanych, jak bóg głowy, gorączka, wymioty i mogły 14-go względnie 17. dnia opuścić łóżko. W klinice Veita zastosowano ponadto znieczulenie rdzeniowe z uniesioną miednicą przy 5 innych mniej ciężkich laparotomiach, — zawsze z dobrym skutkiem. *B. Wojciechowski.*

J. Rudolph. **Przekrwienie bierne metodą Biera w praktyce ginekologicznej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 39). Przekrwienie to uzyskuje się przez osznurowanie, przez wpływ termiczny, lub działanie ssące. Pierwszy sposób nie może w ginekologii znaleźć zastosowania. Działanie termiczne, ograniczone na część pochwową, otrzymuje R. przez wprowadzenie gorącego powietrza do szczytu pochwy, przyczem przyrząd w kształcie lejka wprowadza się do wnętrza wziernika mlecznego. Ściany lejka ze złych przewodników ciepła zapobiegają rozgrzewaniu się wziernika i pochwy. Ten rodzaj leczenia wskazany jest w miejsce gorących przestrzykiwań, a być może, że mógłby posłużyć do wzniecenia poronienia. Działanie ssące, ograniczone na część pochwową, otrzymuje R. w ten sposób, że zwykły wziernik mleczny zamyka szczelnie korkiem gumowym, przez który przechodzi rurka szklana, połączona z pompką powietrzną. Przy mniejszem rozrzedzeniu powietrza następuje przekrwienie części pochwowej, przy silniejszem zaś wydziela się pewna ilość krwi do wziernika. Ten sposób leczenia jest wskazanym w sprawach zapalnych szyi i trzonu macicy, jakoteż celem upustu krwi, przyczem wystarcza drobniutkie nakłucie. Jest bardzo prawdopodobnem, że metoda ta oddać może usługi przy wywoływaniu poronienia, gdyż chore często odczuwają wyraźne bole maciczne. W przypadku braku miesiączki uzyskał R. dobry wynik. Ponieważ wahania w ciśnieniu działają w ten sposób, że macica się podnosi i obniża, możnaby zatem zbudować przyrząd, któryby zastąpił ręczne mięsienie więzadeł macicy. *B. Wojciechowski.*

H. Hohlweg. **Cztery przypadki pubiotomii.** (*Zentralblatt für Gynaekologie* 1905, Nr. 42). 1) Osoba drugi raz rodząca, licząca 25 lat, kościec krzywiczy. Pierwszy poród odbył się siłami przyrody przed 2 laty, płód żywy, ważył 2000 grm. Miednica jednostajnie ogólnie ścieśniona, *c. diag.* 10·4 cm. W 50 godzin po rozpoczęciu się bolów zagraża pęknięcie macicy; kleszcze bezskuteczne, położenie uszkowe. Pubiotomia z cięcia pionowego przez części miękkie do kości. Rozstęp na 6—7 cm.; ciężkie kleszcze, płód omdlały docucono, ważył 4250 grm. Setony. Wyzdrowienie zupełne i szybkie.

2) Kobieta drugi raz rodząca, licząca 27 lat, kościec krzywiczy. Pierwszy poród przed 2 laty twarzowy, wymóżdżenie płodu nieżywego. Miednica ogólnie ścieśniona, płaska, krzywicza, *c. diag.* 9·4 cm. Teraz przy ujściu na 7 cm. pubiotomia sposobem Döderleina; obrót, wydobycie płodu żywego, 3420 grm., obwód główki 36 cm. Przez 3 miesiące nużyła się szybko noga po stronie operowanej, co potem ustąpiło zupełnie.

3) Pierwiastka, 20 lat licząca, kościec krzywiczy, miednica ogólnie ścieśniona, płaska, *c. diag.* 9·4 cm., kostniak na spojeniu. Po 27 godzinnych bolach główka zstąpiła małym odcinkiem; przedgłowie, brzegi szyi obwisły, odchodzi smółka, tętno 132, ciepłota 37·5. Pubiotomia, jak w przypadku 2. Kleszcze dość ciężkie, nacięcia brzegów szyi. Płód żywy 3660 grm., obwód główki 36 cm. W połogu nieżyt oskrzeli. Szybkie wyleczenie.

4) Pierwiastka, 38 lat licząca. Przedwczesne pęknięcie pęcherza, miednica krzywicza, płaska, *c. diag.* 9·3. Po 48 godzinnych bolach ujście na 5 koron, główka zstąpiła małym odcinkiem, przedgłowie, tony płodu regularne, 136; bole słabe. Pubiotomia, jak w przypadku 2. Rozstęp na 3 cm. Rozszerzenie szyi sposobem Bossiego do 9. Kleszcze dość ciężkie. Po urodzeniu płodu silny krwotok maciczny z przedarcia pochwy w sklepieniu tylnem i międzykrocza. Wydobycie ręczne łożyska lekko cuchnącego, wystrzykanie macicy. Krwotok stanął. Szwy, seton do ranki dolnej. Płód lekko omdlały docucono. Zapalenie otrzewnej, śmierć w 5. dniu połogu. Z łożyska wyhodowano *bact. coli i staphylococcus*, podobnie z wysięku otrzewnego. Zakażenie bez związku z zabiegiem. *B. Wojciechowski.*

K. Reifferscheid. **W sprawie pubiotomii.** (*Zentr. für Gyn.* 1905, Nr. 42). 1) Osoba drugi raz rodząca, licząca lat 35, kościec krzywiczy. Pierwszy poród kleszczowy, płód zmarł po ½ g., połóg gorączkowy. Miednica ogólnie ścieśniona, *c. diag.* 9·5. Obecnie przedwczesne pęknięcie pęcherza, po 12-godzinnych silnych bolach ujście zupełnie rozwarte, główka nieustalona, duża, twarda, tętno 140—150. Pubiotomia. Cięcie na 2—3 cm. pionowe, przy guzie łonowym, do kości, małe nacięcie przy dolnym brzegu kości. Kleszcze bezskuteczne, szczelina mało się rozszerza: zatem obrót, wydobycie łatwe, przyczem rozstęp na 2—3 cm. Wygniecenie łożyska z powodu krwotoku. Mocz krwawo zabarwiony, lecz pęcherz cały. Płód ważył 3600 grm.; obwód główki 36 cm. Ciepłota w połogu najwyższa 38·3, nieżyt oskrzeli. Mocz po 3 dniach jasny. Zaraz po zabiegu krwiak w lewej wardze większej, który dosięgnął wielkości pięści. Po wyjęciu setonu z dolnej ranki odpływała obficie wydzielina surowiczo-krwawa, a krwiak stopniowo ustąpił. Zupełne wyzdrowienie.

2) Osoba drugi raz rodząca, licząca lat 28. Przy 1-szym porodzie po 5 dniach nałożono wysokie kleszcze przy gorączce, płód żywy. Miednica ogólnie ścieśniona, *c. diag.* 11·3. Po kilkunastogodzinnych silnych bolach ujście zupełnie rozwarte, główka nieustalona. Pubiotomia, jak w przypadku 1., obrót, wydobycie płodu żywego, ważącego 3600 grm. Rozstęp na 2—3 cm. Wygniecenie łożyska po ½ g. Do 6. dnia gorączka do 38·5. Krwiak w wardze większej wielkości gęsiego jaja. Wyleczenie zupełne.

3) Pierwiastka, 31 lat licząca, miednica ogólnie ścieśniona, płaska, *c. vera* 6·75. Po 36-godzinnych silnych bolach ujście rozwarło się na małą dłoń, główka ruchoma, rodząca wyczerpana, ciepłota 37·8. Pubiotomia, jak wyżej. Kleszcze bezskuteczne, gdyż szczelina nie powiększa się. Założono powtórnie piłeczkę, przecięto więzadła od przodu, potem szczelina na 1 cm., a przy kleszczach na 5—6 cm. Płód żywy 3050 grm., obwód główki 37·5 cm. Przedarcie przedniej ściany pochwy na 3 cm., komunikacya z przepiłowaną kością. Zeszycie pochwy, setony do dolnego kąta rany operacyjnej. Łożysko wygnieciono. Ciepłota w połogu raz 38°. Wyleczenie.

4) Kobieta drugi raz rodząca, licząca lat 36, kościec krzywiczy; 1-szy poród kleszczowy, płód zmarł wkrótce. Miednica ogólnie ścieśniona, *c. vera* 7·25 cm. Pęcherz pękł na kilkanaście godzin przed wystąpieniem bolów. Po 1½ doby trwania bolów główka ruchoma, c. 37·3, smółka, t. 120—170. Pubiotomia, jak wyżej, kleszcze, płód ciężko omdlały. Szczelina na 4—5 cm. Po ½ godziny wygniecenie łożyska metodą Credégo. Połóg bezgorączkowy. Wyleczenie.

Na podstawie przypadku 3. radzi R. zasadniczo pozostawiać piłeczkę po przepiłowaniu kości i wyjąć dopiero, gdy brzegi należycie się rozstąpiły, — co też uczynił w przypadku 4. Zdaje się, że również w 1. przypadku kleszcze się nie udawały z powodu nieprzecięcia więzadeł, które zapewne pękły przy główce następującej. Pubiotomia wyprze cięcie cesarskie ze wskazania względnego, gdyż daje się zastosować aż do *c. vera* 6·5. Wymóżdżenie płodu żywego ulegnie ogromnemu ograniczeniu, gdyż operacya jest tak prostą, że każdy lekarz praktyczny może ją wykonać. *B. Wojciechowski.*

R. Koenig. **Przypadek donoszonej ciąży trąbkowo-jajnikowej.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 42). Kobieta 27-letnia rodziła raz prawidłowo przed 7 laty. W czerwcu nie miała miesiączki, w lipcu przyszła skąpa, do września była prawidłowa; odtąd do kwietnia brak, od maja prawidłowa. Słabe ruchy w styczniu i lutym. Od kwietnia sutki zmniejszają się. Od maja silne bole w brzuchu, osłabienie i wychudzenie. W brzuchu guz wielkości macicy w VIII. miesiącu ciąży, sięga 2 palce nad pępek, miejscami chełboce. Guz schodzi do jamy Douglasa i spycha część pochwową ku przodowi, lecz macica nawet w uśpieniu wyodrębnić się nie daje. Rozpoznano *polycystoma ovarii, status post abortum*, — myśląc jednak i o ciąży zamacicznej. Przy operacyi: macica mała; prawa trąbka, rozciągnięta na guzie, gubi się w jego ścianie; silne zrosty od dołu i tyłu. Przy nakłuciu mało płynu zielonkowego. Po pęknięciu ściany guza widoczna część płodu, który wydobyto (2440 grm., 48 cm.). Oddzielenie łożyska trudne, lecz bez krwotoku. Wydobycie worka, mozolne z powodu silnych zrostów, udało się w całości. Tamponada jamy, dren do pochwy, zeszycie zupełne powłok. Przebieg pooperacyjny pomyślny; 6. dnia wyjęto szwy; po 15 dniach wyleczenie. Badanie preparatu wykazało, że trąbka niezmieniona gubi się w ścianach guza. Na zewnętrznej ścianie guza znaleziono daleko od przyczepu trąbki 2 pęcherzyki Graafa i szczątki zwyrodniałego jajnika. *B. Wojciechowski.*

H. Füth. **O leczeniu śródotrzewnego wysięku krwi po pęknięciach trąbki.** (*Zentr. f. Gyn.* 1905, Nr. 43). Jedni operatorowie (Vogel, Fiatau) nie wydalają wcale do otrzewnej wylanej krwi, pozostawiając ją zupełnemu wessaniu, co na stan ogólny tych chorych ma mieć wpływ korzystny. Inni (Zweifel) uważają to postępowanie za zbyt ryzykowne, nie ufają tak daleko aseptyce i usuwają starannie krew z jamy otrzewnej. Niektórzy wreszcie (Olshausen) usuwają krew, jeżeli stan ogólny pozwala na przedłu-

żenie operacyi, w przeciwnym razie pozostawiają ją. Statystyczne zestawienie ogłoszonych dotąd przypadków nie upoważnia jeszcze z powodu małej liczby do bezwzględnego potępienia któregokolwiek z tych sposobów postępowania: autor jest jednak zwolennikiem zasad Zweifela. Statystyka Flataua ma ten słaby punkt, że przypadki, które zdaniem jego zginęły wskutek niedokrwistości (mimo pozostawienia krwi) uległy prawdopodobnie raczej bardzo ostremu zakażeniu. Sekcya bakteryologiczna byłaby tu niezbędną. Z drugiej strony nie stracił Zweifel, usuwając o ile możności doszczętnie krew, ani jednego przypadku z powodu niedokrwistości. Ponadto uważa Zweifel pozostawienie krwi już z tego powodu za szkodliwe, że produkta rozkładu nawet krwi aseptycznej wywiązują działanie toksyczne. *B. Wojciechowski.*

DERMATOLOGIA I SYFILIDOLOGIA. Goldmann. **Lecznicza wartość arhoviny jako środka przeciwwiewiórowego, odkażającego mocz i zapobiegawczego.** (*Monatschr. f. prakt. Dermatol.* 1904, Nr. 39). Arhovina, wytworzona przez instytut chemiczny Dra Horowitza w Berlinie, jest połączeniem difenylaminu z zestryfikowanym kwasem thymylbędźwinowym, a więc dwóch ciał silnie odkażających; nie działa ona trująco, a z ustroju wydzielają się jej produkta z moczem, który bywa wtedy kwaśny i ma własności bakteryobójcze. Dzięki tym własnościom nadaje się lek ten do odkażania moczu. Goldmann używał go w początkowym okresie ostrego wiewióra z bolesnem obrzmieniem błony śluzowej podając naprzód tylko wewnętrznie po 0,25 gr. w perełkach gela, tynowych 3—6 razy dnia. Trzeciego dnia znikało parcie na mocz, wydzielina rzedniała, mocz odchodził łatwiej, jeszcze mętny, ale oddziaływał kwaśno. Po tygodniu mijał ostry okres podrażnienia, a wtedy łączył Goldmann leczenie wewnętrzne z miejscowem zapomocą 2—6 pręcików (*bacilli*) arhovinowych na dzień. W przeważnej części przypadków stwierdzano po 5—6 tygodniach zupełne wyleczenie bez powikłań. Nawet w przypadkach podostrych pomimo późnego rozpoczęcia leczenia, nastawało wyleczenie bez powikłań w 5—8 tygodni.

W wiewiórze przewlekłym podawał Goldmann wewnętrznie perełki arhovinowe obok leczenia miejscowego. W leczeniu zaś miejscowem przekłada G. przetwory arhovinowe, mianowicie olej arhovinowy i pręciki arhovinowe, nad przetwory srebra, a to z tego względu, że olej arhovinowy ma wnikać w najdrobniejsze fałdziki błony śluzowej i działa przez to wgłąb dobrze, a bez bolu; natomiast pod działaniem ściągających wodnych rozczynów innych środków fałdziki te, zdaniem G. właśnie się zaciskają i ukryte w ich głębi dwoinki uchodzą działaniu środka leczniczego.

W wiewiórowem zapaleniu pęcherza osiągał G. pomyślne wyniki, podając arhovinę w perełkach i przestrzegając obok tego zwykłych reguł postępowania; bardzliwe objawy wnet mijały, a wyleczenie następowało stosunkowo rychło; w razie potrzeby dodawał G. później przepłukiwania pęcherza ciepłym rozczynem kwasu borowego lub słabymi rozczynami nadmanganianu potasowego. I tu także przeto działa arhovina odkażająco na mocz. Niemniej dobre wyniki uzyskał G. u kobiet, u których miejscowo w cewce używał pręcików, a w pochwie gałek arhovinowych; wobec nieżytów szyjki i macicy stosował G. tampony, napojone 1—2 prc. olejnym rozczynem arhoviny. G. utrzymuje, że wewnętrzne leczenie arhoviną napewno może zapobiedz przerzutom wiewiórowym w stawach i w sercu. W żadnym przypadku nie zauważył G. ubocznego szkodliwego wpływu arhoviny na żołądek, jelita lub nerki, a chorzy zażywali lek chętnie i dobrze znosili. *Hr.*

Juliusberg. **Przyczynek do etyologii mięsaka zakaźnego** (*molluscum contag.*). (*Deutsche med. Wochenschrift* Nr. 40, 1905). Jakkolwiek powszechnem jest zapatrywanie, że mięsak zakaźny należy do chorób udzielających się, to jednak zaledwo w kilku przypadkach udało się dotąd stwierdzić możność tegoż zakażenia. Autor do doświadczeń, służących do tegoż celu, użył treści wyciśniętej z kilkunastu brodawek mięczakowych, którą po przesączeniu przez sączek porcelanowy Chamberlanda zaszczepił na ramieniu. Po 50 dniach powstało w miejscach szczepienia kilkadziesiąt typowych brodawek mięczakowych. W ten sposób autor stwierdził nietylko przeszczepialność mięsaka zakaźnego, ale zarazem wykazał, że zarazki jego w pewnych okresach rozwojowych, w których są przenośne, przechodzą przy sączeniu przez sączek porcelanowy. *Stopczański.*

Vörner. **O zastosowaniu stężonego kwasu karbolowego w leczeniu zołzów skórnych** (*Scrofuloderma*) **i czyraków.** (*Münch. med. Wochenschrift* 1905, 42). Działanie stężonego kwasu karbolowego w leczeniu zołzów skórnych polega nie na wywołaniu zapalenia skóry, lecz na sprowadzeniu obumarcia schorzałej tkanki, po oddzieleniu się której, zabliźnianie się ubytków, powstałych wskutek działania kwasu, szybko postępuje. Autor, stosując kwas karbolowy w leczeniu zołzów skórnych, postępował w następujący sposób: Przez osiem dni pędzluje raz dziennie wyskokowym rozczynem krystalicznego kwasu karbolowego ogniska chorobowe, poczem usuwa ostrą łyżeczką obumarłą tkankę i na czystą już ranę zakłada na czas dłuższy opatrunek aseptyczny. W przypadkach, w których gruczoły uległy schorzeniu, przecina nożem skórę i gruczoł i przeciętą powierzchnię gruczołową również pędzluje kwasem karbolowym. Wyniki, jakie autor otrzymał w leczeniu tym sposobem, są bardzo zachęcające, zwłaszcza w przypadkach zołzów, odnawiających się po zabiegach chirurgicznych. Inne nieco jest postępowanie w leczeniu czyraków. Do wyleczenia mniejszych czyraków wystarcza nieraz jednorazowe środkowe zapędzlowanie kwasem karbolowym. Przy większych czyrakach wprowadza V. kwas karbolowy przez otwór przewodu zajętego gruczołu łojowego, poczem bardzo prędko następuje oddzielenie się zropiałego „rdzenia“ czyrakowego. *Stopczański.*

Hirsch. **O leczeniu rzeżączkowego zapalenia stawów sposobem Biera.** (*Berliner klinische Wochenschrift* Nr. 39, 1905). Zachęcony wynikami, które Bier ogłosił w roku 1903 p. t.: „Przekrwienie jako środek leczniczy“ stosował autor ten sposób leczenia w 25 przypadkach rzeżączkowego zapalenia stawów. U dziewięciu chorych zapalenie było jednostawowe, u innych sprawa chorobowa zajmowała kilka stawów, najczęściej staw kolanowy, dłoniowy i skokowy. Do wywołania przekrwienia zapomocą ucisku używano opaski Esmarcha, albo pełny dren kauczukowy. Przy zakładaniu opaski poleca autor każdorazowo wybierać inne miejsce z obawy obrażenia części miękkich. W początku leczenia zakładano opaski dwa razy dziennie na kilka minut, później dłużej na przeciąg jednej godziny. W międzyczasie stosowano zawijania stawów w watę lub okłady zimne i pędzlowanie nastojem jodowym. W wielu przypadkach stwierdził autor znaczne zmniejszanie się bolów w stawach podczas leżenia opaski. Przy tem leczeniu wessanie wysięku stawowego postępuje bardzo szybko i w niektórych przypadkach już po pierwszym tygodniu leczenia można było stosować wykonywanie ruchów biernych; pomimo to jednak przeciętny okres trwania choroby przy tym sposobie leczenia nie okazał się wcale krótszym, aniżeli przy leczeniu innymi dawniejszymi sposobami. Na podstawie swych doświadczeń uważa autor przekrwienie Biera jako prosty i wygodny sposób leczenia rzeżączkowego zapalenia stawów, który przynosi nieraz wielką ulgę w cierpieniach chorego, jednak okresu trwania choroby nie skraca. *Stopczański.*

Mönckeberg. **O związku między kiłą, a miażdżycą aorty.** (*Medizinische Klinik* Nr. 41, 1905). Przed dwudziestu laty opisał Doehle pewien rodzaj miażdżycy aorty, różniącej się tem od zwykłej miażdżycy Virchowa aorty końcowej, że zamiast mniej lub więcej wyniosłych zgrubień na warstwie wewnętrznej (*intima*), jest ona zmienioną na większej przestrzeni w białawą pobruzdowaną tkankę, nadającą jej podobieństwo do jaszczurowatej (*chagrin*) skóry. Charakter tych zmian jest jeszcze wybitnym wskutek tego, że nawet w daleko chorobowo posuniętych przypadkach brak jest zupełny objawów przemiany wstecznej w warstwie śródbłonkowej, jak n. p. stłuszczenia i zwapnienia, a miejsce ich zajmują zmiany łącznotkankowe. Ten rodzaj miażdżycy aorty, jako odrębny, nazwany miażdżycą modzelowatą, pozostaje według wielu autorów w pewnym związku z przebytą kiłą i zalicza się do zmian „parasyfilitycznych“. Autor na podstawie materyału sekcyjnego, składającego się z trzydziestu przypadków miażdżycy aorty, starał się wyjaśnić kwestyę owego związku. W jedenastu przypadkach, w których bądź przy sekcyi zwłok, bądź z wywiadów od rodziny zmarłego, mógł wykazać przebytą kiłę, znalazł miażdżycę Doehlego tętnicy głównej. W dwóch jednak przypadkach przebytej kiły stwierdzić nie mógł; natomiast obok zmian Doehlego w tętnicy głównej stwierdził zmiany na zastawkach i zmiany zapalne na wsierdziu, jakoteż wielką liczbę koków w ścianie tętnicy głównej, wobec tego przyjmuje jako podstawę zmian w tętnicy głównej przejście procesu zakaźnego z zastawek. Zatem, jakkolwiek wykluczyć nie można, że kiła przebyta może dać powód do miażdżycy tętnicy głównej, to jednak w równej mierze trzeba brać na uwagę i inne tło chorobowe. *Stopczański.*

VII. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Alypina jest nowym lekiem **miejscowo znieczulającym**, a ma postać krystalicznego, w 169° topiącego się, nie przyciągającego wody, jednak w niej bardzo łatwo rozpuszczalnego ciała. Roczyny oddziaływują zasadowo: celem wyjałowienia można je bez szkody gotować 5—10 minut: dłuższe gotowanie natomiast nie zaleca się. Według Impensa (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 29)

działa alypina nietylko nie słabiej od kokainy, ale nawet znieczula jeszcze w takiem rozcieńczeniu, w jakiem kokaina wcale już nie działa. Zalety alypiny występują szczególnie w okulistyce; ani w czasie, ani po znieczuleniu źrenica nie ulega rozszerzeniu, a akomodacya żadnym zaburzeniom. Alypina jest bez porównania mniej trująca, niż kokaina, i nie wywołuje u zwierząt żadnych objawów zatrucia w takich dawkach, w jakich kokaina już zabójczo działa. Trzeba dopiero dużych dawek alypiny, by wywołać objawy zatrucia, podobno zresztą do objawów zatrucia kokainą. Takie duże dawki zwalniają nieco oddychanie, zwalniają czynność serca. Alypina, zastosowana miejscowo, wywołuje znaczne rozszerzenie naczyń. Na nerki i krew nie mają średnie dawki alypiny żadnego wpływu. Doc. Sicherer (*Ophthalm. Klinik* 1905, 16) zebrał co do alypiny następujące doświadczenia: wprawdzie już jedno lub dwa zakroplenia 0·5 prc. roztworu znieczulają dość dobrze ludzkie oko, ale w praktyce lepsze są roztwory silniejsze 1—2 prc. Roztworem 2 prc. osiąga się po 60—70 sekundach znieczulenie powierzchownych, po paru dalszych sekundach także i głębszych warstw rogówki. Zjawiające się przytem niekiedy lekkie pieczenie nie jest większe, niż po kokainie, przekrwienie zaś, wywołane przez alypinę, bywa niekiedy bardzo małe i znika po 1—2 minutach. Znieczulenie po 2 prc. roztworze trwa zazwyczaj 10—12 minut. Zresztą potwierdza S. zdanie Impensa, że alypina nie rozszerza źrenicy i nie wpływa na akomodacyę. Alypina dobrze zapobiega bólowi przy użyciu laseczki ałunowej, przy wyjmowaniu ciał obcych z rogówki, tatuowaniu jej, dyscysyi zaćmy, wycięciu tęczówki i t. p. Seeligsohn (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 35) podaje, że po 4 prc. roztworze alypiny następuje niekiedy dość przykre pieczenie, a znieczulenie pojawia się po 1—2 minutach i trwa 8—10 minut; przekrwienie spojówki zdarza się często, ale bywa nieznaczne i wnet znika. Znieczulenie następuje także w przypadkach *keratitis eczematosa, iritis i iridocyclitis.* Użyta przy operacyach klinicznych, nie wywoływała alypina ani znaczniejszego krwawienia, ani żadnych objawów zatrucia, ani (częstego po kokainie) zasychania nabłonka rogówkowego. Ponieważ alypina nie wpływa na źrenicę, ani na ciśnienie śródoczne, przeto nadaje się szczególnie do operacyi w toku jaskry. Natomiast przy operacyach zezu, gdzie pożądanem jest zniedokrwienie, wskazanem byłoby użycie alypiny z adrenaliną. Dwukrotnie użył S. 10 prc. zamiast 4 prc. roztworu alypiny, ale nie zauważył, by ten silniejszy roztwór zapewniał jakieś korzyści. Prof. Seifert (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 34) użył alypiny w licznym szeregu przypadków w praktyce ryno-laryngologicznej, posługując się do znieczulania błon śluzowych roztworem 10 prc., który uważa za wystarczający do tego celu. W 25 przypadkach *rhinitis hyperplastica* wystarczyło czterokrotne zapędzlowanie 10 prc. roztworem, by przyżeganie kwasem chromowym było równie niebolesne, jak po kokainie. Niekiedy tylko potrzeba zapędzlować jeszcze piąty raz; niekiedy znów wystarcza trzykrotne tylko zapędzlowanie. Przypalania galwanokaustyczne są po alypinie nieco bolesne, lecz nie boleśniejsze, niż po kokainie. Wadą alypiny w praktyce rynologicznej jest to, że nie zwęża ona naczyń; gdzie na tem zależy, trzeba przed alypiną raz zapędzlować kokainą. W 40 przypadkach drobniejszych operacyi w nosie (przeważnie wyjęcie rozmaitych polipów, brodawczaków i t. p.) uzyskał S. po 3—4-krotnem założeniu tamponów z 10 prc. roztworem alypiny znieczulenie takie, jak po kokainie; krwawienie nie było większe, niż po kokainie. Równie dobre wyniki były w 7 przypadkach laryngologicznych. Szczególnie wychwala S. alypinę w gruźlicy krtani, jako lek, zapewniający chorym przynajmniej znośne istnienie. Wreszcie 4 razy użył S. ½ prc. roztworu do znieczulania nasiękowego sposobem Schleicha. Objawów zatrucia nie było w żadnym przypadku. Stotzer (*Deutsche med. Wochs.* 1905, 36) zastosował alypinę sposobem Schleicha w szeregu drobnych operacyi chirurgicznych i użył jej 70 razy przy wyrywaniu zębów (5 razy 2½ cm. sz. roztworu 2 prc., 13 razy 5 cm. 1 prc., 15 razy 4 cm. 2 prc.), osiągając zawsze dobre znieczulenie. Krwawienie po operacyach było zawsze małe. Raz nadto użył S. alypiny do znieczulenia lędźwiowego. Jako zaletę alypiny w porównaniu do kokainy przy równem działaniu podnosi S. oprócz stosunkowej nieszkodliwości jeszcze i to, że alypinę można wyjaławiać i że jest tańszą. W zakresie okulistycznym stwierdzono zalety alypiny również w klinice w Giessen (Gebb, *Rozpr. dokt.* 1905). *B.*

Kreozotalu użył Storbeck (*Allg. med. Ct. Ztg.* 1905, 42) w przypadku zapalenia płuc, w którym rozpoznawał zgorzel na zasadzie powiększenia się stłumienia i obfitych, nader cuchnących, zielonawo-szarych plwocin w czwartym dniu choroby. Po podaniu kreozotalu (7.5 na dzień) plwociny przestały cuchnąć, a ilość ich się zmniejszyła; po przerwaniu leczenia stan się zaraz pogorszył, a powtórne leczenie kreozotalem znów było skuteczne. *H.*

Arhoviną zajmował się wspólnie z prof. Mosca, dyrektorem drugiej kliniki chorób skórnych w Neapolu, Maramaldi, profesor farmakologii w tymże uniwersytecie (*Giornale delle scienze mediche* 1905, Nr. 16). Obecnie ogłosił on tylko tymczasowe wyniki swych badań, zapowiadając dalsze dokładne publikacye prof. Mosca. Zgodnie z dawniejszemi spostrzeżeniami okazało się, że arhovina wskutek swego silnego działania bakteryobójczego nadaje się w roztworze olejnym zarówno do miejscowego leczenia wiowióra, jak i do podawania wewnętrznego, przy którem działa odkażająco na błonę śluzową cewki moczowej i pęcherza i doprowadza do wyleczenia bez powikłań w znacznie krótszym czasie, niż inne leki przeciwwiewiórowe. W Neapolu leczono arhoviną przedewszystkiem wiewióra cewki i zwykły nieżyt pęcherza, ale także nieżyt wiewiórowy pęcherza i upławy białe wskutek nieżytu szyjki macicznej. Do leczenia wiewióra u kobiet nadaje się arhovina szczególnie w wygodnej formie kul i pręcików arhovinowych (*globuli vaginales, bacilli*). Do wstrzykiwań używano zwykle roztworu oliwnego według przepisu: *Rp. Arhovin 2—3 gr. Ol. Olivar. ad 100*, 2—3 razy dnia po strzykawce. Roztwór ten wstrzykuje się tak samo, jak wodne roztwory innych środków, ma on jednak tę zaletę, że nie działa ściągająco na fałdy błony śluzowej i przez to ułatwia działanie leku wgłąb. Do użytku wewnętrznego posługiwano się perełkami gelatynowemi po 0,25 gr., podając 3—6 razy dziennie po 1—2 perełki. *Hr.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 5 lipca 1905 r.

Przewodniczący: kol. prof. Nowak.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. W. Jaworski przedstawia chorego z *anorexia nervosa sub forma hysterica.* Nr. dz 272. *L. Sch.*, l. 13, izraelita ze Sanoka. Przed kilku tygodniami miał przechodzić bliżej nieokreśloną chorobę jelit. Poczem dostał uczucia ściągania w brzuchu tak, że zdaje się mu, że „niczego mu na dół nie przepuszcza“; podobnie „ściąga i dusi go w gardle“ tak, że niczego nie może przełknąć, a nawet płyny wypluwa, nie mogąc je rzekomo połknąć. Zresztą wobec słabej inteligencyi i psychicznego rozdrażnienia chorego bliższych szczegółów dowiedzieć się nie można. Chory, przyjęty do kliniki lekarskiej 13 czerwca, ważył tylko 19 kg., a jak fotografia z niego wówczas zdjęta uwidacznia, stan ówczesny chorego nadawał mu postać raczej kościotrupa, niż istoty żyjącej. Podściółki tłuszczowej zupełny brak, kości wszędzie wystają, szczególnie jarzmowe i żebra; na twarzy zupełnie zapadłej maluje się niepokój i przestrach. Wszelkie próby nakłonienia chorego do przyjmowania pokarmów pozostały bezskuteczne; chory wypluwa wetknięte mu w usta pokarmy, resztę chowa pod łóżko, lub wyrzuca przez okno, okazując do nich wstręt *(aversio)*. Wprowadzano przeto pokarmy dwa razy dziennie zapomocą zgłębnika, co się uskuteczniа z ogromnym oporem ze strony chorego i ze skargami „że mu przełyk zupełnie zaciska, a z brzucha niczego na dół nie wypuszcza“. Dziś waży chory już 21 kg., po troszę (po kilku wiśni) sam jada i pije z obawy przed zakładaniem zgłębnika. W czasie spostrzegania zauważono, że chory potajemnie wchodzi do spiżarni klinicznej i tam coś zjada, a do słoja oddaje kał, który ukrywa, do czego jednak sam się nie przyznaje.

W czasie przyjęcia nie przedstawiał zboczeń w narządach wewnętrznych. Prześwietlanie X-promieniami daje cienie narządów wewnętrznych bardzo wyraźne, lecz niewykazuje nieprawidłowości. Ciepłota ciała prawidłowa (36·8°). Mocz o c. wł. 1·018, chlorki niezmniejszone. Stolce w kilka dni później oddane prawidłowej zbitości i składu. Krew zawierała 4,700 krwinek białych, a 4,700,000 czerwonych o prawidłowych składnikach morfotycznych; ilość hemoglobiny 83%. Wogóle oznak właściwych wymorzenia pomimo ogromnego wychudnienia — nie było. Przypadek ten zasługuje z tego powodu na uwagę, że przedstawia wstręt do jadła z podkładem histerycznym u chłopca, co się zwykle zdarza przeważnie u dziewcząt.

P. S. Obserwacya kliniczna z dnia 19/VII opiewa: chory waży 27.5 kg., je dobrowolnie, rozmawia rozsądnie, skarży się tylko na nudności, a wobec rodziny, odwiedzającej go w klinice, odpluwa demonstracyjnie podane mu jadło, czego wobec lekarzy i obcych już nie czyni; zresztą zachowuje się normalnie.

W dalszym ciągu przedstawia prof. Jaworski chorego z *morbus coeruleus cum hyperglobulia*. (Przypadek zostanie ogłoszony w osobnym artykule).

III. Kol. dr. Latkowski przedstawia: 1) chorego *M. H.*, lat 14 liczącego, który okazuje bardzo silną żółtaczkę na skórze i na spojówkach; nadzwyczaj wielkie powiększenie śledziony, obok powiększenia wątroby. Rozpoznanie rozjaśniło w tym przypadku nakłucie śledziony. Chory początku choroby nie może określić; to tylko podaje, że od roku ma żółtaczkę i czuje się osłabionym. Dreszczy, gorączki, potów nigdy nie miewał (wedle podania chorego). Podczas pobytu w klinice lekarskiej od 8/V b. r. stan jego był bezgorączkowy, nie doświadczał dreszczów i potów. Badanie chorego wykazuje: wzrost mały, budowę drobną, wątłą, odżywienie nędzne, skóra bardzo silnie żółtaczkowo zabarwiona, spojówki również. Serce nieco powiększone w wymiarze poprzecznym, uderzenie końca serca w IV międzyżebrzu na wewnątrz od linii sutkowej. I-szy ton nad podstawą i nad koniuszkiem serca z podmuchem. Tętnice obwodowe wązkie. Śledziona sięga ku dołowi aż do spojenia łonowego; na prawo na dwa palce przekracza linię środkową ciała, ku górze nie dochodzi na 2 palce do wyrostka mieczykowatego; jest twarda, tkliwa; okazuje liczne wręby. Wątroba sięga 3 palce niżej łuku żebrowego, ma powierzchnię i brzeg nierówny, tępy. W jamie brzusznej i na kończynach dolnych obrzęków niema wcale. Liczba ciałek krwi czerwonych 3,300,000, odsetek hemoglobiny (Gowersem) wynosi 45%. Badanie krwi na plazmodya zimnicze, wykonane kilkadziesiąt razy, dało wynik ujemny; ani plazmodyów, ani strątów nawet nie znaleziono. W moczu bardzo wyraźne barwiki żółciowe, w osadzie nieliczne przybłonki nerkowe i cylindroidy. Białka mocz nie zawiera.

Tak znaczne powiększenie śledziony zdarza się najczęściej w przebiegu zimnicy i białaczki. Badanie krwi wykluczało białaczkę, zimnicy zaś nie potwierdzało. Z innych chorób możnaby myśleć o chorobie Bantiego, lecz chorobę tę wykluczał obraz krwi i powiększenie wątroby bez obrzęku w jamie brzusznej. Dlatego w przypadku tym wykonałem nakłucie próbne śledziony w celu rozpoznawczym. Badanie zaś soku śledziony wykazało obecność licznych plazmodyów zimniczych, które obraz chorobowy zupełnie rozjaśniły. Obecnie łatwo wytłómaczyć żółtaczkę i powiększenie wątroby marskością wątroby przerostową i żółtaczkową, która bywa wedle Kelscha i Kienera najczęstszą postacią marskości wątroby zimniczej, a właściwie marskość ta wedle tych autorów jest odrębną postacią, charakterystyczną dla zimnicy, zbliżoną do postaci marskości przerostowej (Hanota) *Hépatite parenchymateuse nodulaire*. Rozpoznanie więc u chorego opiewa: *Cachexia malarica subsequ. cirrhosi hepatis hypertroph. et tumore lienis*. Chory pod wpływem leczenia chininą czuje się obecnie lepiej i przybył na wadze 1 kg.

2) Chorego *M.*, lat 40 liczącego, z cukrzycą, u którego na kończynach dolnych znajdują się drobne wynaczynienia, jużto żywo czerwono zabarwione, już też odbarwiające się. Wynaczynienia w przebiegu cukrzycy są rzeczą dość rzadką, a opisują je Seufert i Naunyn; częściej na tle wynaczynień przychodzi do miejscowej zgorzeli, czego w naszym przypadku nie było.

Dyskusya: Kol. Stahr zapytuje prof. Jaworskiego odnośnie do przedstawionego przypadku *morbus coerul.*, czy to nie jest t. zw *hyperglobulia cum cyanosi*, — nowa postać chorobowa, opisana po raz pierwszy przez autorów francuskich, zeszłego roku przez Türka, której przyczyną bywa nieraz *tbc. lienis?*

Kol prof. Ciechanowski robi uwagę, że wrodzone wady sercowe dozwalają nieraz żyć dość długo; np. widział przypadki otwartego *for. ovale* u indywiduów przeszło 50-letnich.

Kol. Borzęcki zapytuje kol. Latkowskiego, czy we krwi przedstawionego chorego z zimnicą nie znalazł plasmodyów.

Kol. Gertler: Czy w przypadku przewlekłej zimnicy nie stosowano arsykodylu, co przy równoczesnem stosowaniu promieni Röntgena daje dobre wyniki?

W odpowiedzi kol. Stahrowi wyklucza prof. Jaworski hiperglobulię. Znane są przypadki, gdzie chory z *defect. sept. atr.* żył do 70 roku. W wypadkach zimnicy, w których znaleziono plasmodya, jedynie chininę należy podawać.

Kol. Latkowski: U przedstawionego chorego znaleziono plasmodya tylko w śledzionie, — we krwi ich nie było.

IV. Kol. Spira przedstawia przypadek *atresia congenita* tylnych otworów nosowych. Przed 4 miesiącami zgłosiła się matka z dwutygodniowem dzieckiem, podając, że dziecko od urodzenia nie może spać, nie ssie, źle połyka nie krzyczy, ale bezustannie jęczy i z nosa wydziela się cuchnąca ciecz ropiasta. U dziecka wątłego, źle odżywionego, uderza sine zabarwienie skóry twarzy, utrudnione oddychanie, usta ciągle otwarte. W dolnej części gardła nic nieprawidłowego znaleźć nie można. Podniebienie twarde bardzo głębokie, wysokie; jamy nosowe stosunkowo dość obszerne, wypełnione obfitą masą cuchnącą, posokowatą. Przy przepłókiwaniu nosa wydostaje się wiele tej wydzieliny, ani jedna kropla płynu nie dostaje się jednak do gardła lub ust. Badanie sondą wykazuje, że tylne otwory nosowe są zamknięte, niedrożne nawet dla najcieńszej sondy. O ile z oporu sądzić było można, zamknięcie to nie było kostne, lecz błoniaste lub chrzęstne. Sondą udało się przegrodę tę z jednej i drugiej strony przebić. Krzyk dziecka był natychmiast głośniejszy, a krew, wydzielająca się z nosa, zmieszana była z bańkami powietrza, przedostającego się z nagłośni przez nos. Starałem się potem otwór rozszerzać coraz grubszemi sondami. Obecnie dziecko śpi i krzyczy lepiej, aczkolwiek oddech jeszcze nie jest wolny. Zbytecznem jest zwracać uwagę na ważność tego stanu, gdyż wskutek niemożności ssania, krzyczenia i złego oddychania całe odżywienie i rozwój płuc jest w wysokim stopniu upośledzony.

V. Kol. prof. Ciechanowski przedstawia i objaśnia okazy anatomiczne i preparaty mikroskopowe z następujących przypadków: *a)* Zadzierżgnięcie dolnej pętki jelita biodrowego przez uchyłek Meckela, którego nitka końcowa przyrosła wolnym końcem do krezki. Zadzierżgniętym przez nitkę został także w końcu ten odcinek jelita, od którego odchodził uchyłek (S. 609. 04). *b)* Zadzierżgnięcie dolnej pętli jelita biodrowego przez uchyłek Meckela, którego nitka końcowa utrzymała swój związek z pępkiem. Sam uchyłek uległ przytem skręceniu *(torsio)* około swej osi długiej (S. 141. 05). *c)* Zatkanie jelita biodrowego na 30 ctm. powyżej zastawki Bauhina przez połkniętą w całości cebulę z następowem zapaleniem otrzewnej (S. 1112. 04). *d)* Mięsaka pierwotnego kiszki grubej u 7-letn. dziecka (S. 149. 05). *e)* Mnogie pierwotne drobne polipowate guzki rakowe na błonie śluzowej dolnej połowy tchawicy (S. 5. 05). *f)* Ciało obce (guzik metalowy) w przełyku z następową odleżyną i przedarciem przełyku (opisane przez kol. Nowotnego w „Przegl. lekarskim“ 1905). *g)* Pierwotną promienicę ucha środkowego z próchnieniem promieniczem kości skalistej i nast. ropniem promieniczym móżdżku (S. 533. 05). *h)* T. zw. *aneurysma varicosum* w obrębie prawego przymacicza. Przypadek ten, ze względu na swą rzadkość bardzo zajmujący, został za życia trafnie rozpoznany przez kol. Dziewońskiego (w Kętach), którego imieniem przedstawia C. historyę choroby (S. 274. 05). *i)* Torbiel krezki, wyciętą przez kol. Frommera, a mającą cechy t. zw. *enterokystoma*.

Dyskusya: Kol. Frommer: Chory, u którego wycięto torbiel krezki, zgłosił się na oddział, skarżąc się, że od 7 dni nie oddaje stolca i wiatrów. Stan obecny przedstawia chorego źle odżywionego, z tętnem szybkiem, językiem suchym, twarzą zapadłą. Narządy wewnętrzne bez zmian. Brzuch wzdęty, stłumienie wątroby zniesione; po stronie prawej większy opór, przy dotknięciu bolesny. Ze względu na zły stan chorego radzono operacyę, na którą matka po kilku godzinach się zgodziła. W uśpieniu eterowem otwarł kol. F. jamę brzuszną w linii białej. Jelita cienkie wzdęte, otrzewna ścienna i jelitowa w stanie zapalnym. Szukając zapadłego jelita wydobyłem na wierzch zlepiony kłąb jelit, przyczem część jedna pękła, wydzielając ciecz ropiastą, podobną do kału. Przy bliższem oglądaniu można było rozróżnić, że częścią pękniętą był worek, dający się dokładnie wyłuszczyć z pomiędzy blaszek krezki okrężnicowej. W niedalekiem sąsiedztwie znajdował się workowaty, cienki uchyłek, który łączył przeciwległe części dwóch jelit. Uchyłek ten o ścianach obumarłych powodował zamknięcie się ścian jelita. Uchyłek ten, oraz wspomniany torbiel wyciąłem, kikut uchyłka wgłobiłem, poczem drożność jelita była przywrócona. Jamę otrzewną wypłukałem roztworem kwasu borowego i ranę zaszyłem. Obecnie chory ma się zupełnie dobrze.

VI. Kol. Krzyształowicz i Siedlecki przedstawiają i omawiają przypadki, w których stwierdzili *spirochaete pallida Schaudinn*. (Rzecz przeznaczona do druku).

VII. Zapowiedziany odczyt kol. Rutkowskiego odpadł z powodu wyjazdu prelegenta.

W zastępstwie sekretarza: *Dr. Merz.*

Towarzystwo ginekologiczne lwowskie.

Posiedzenie naukowe z dnia 5 kwietnia 1905 r.

Przewodniczący kol Kwiatkiewicz, obecnych członków 12, gość 1.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia przyjęto.

II. Kol. Czyżewicz *(jun.)* przedstawia przypadek zaśniadu groniastego, jaki wydarzył się w c. k. Szkole położnych. Pacyentkę przyjęto 4 lutego 1905 r., jako ciężarną po raz dziesiąty, rzekomo w trzecim miesiącu ciąży. Zgłosiła się z powodu krwawień, trwających od połowy stycznia. Badanie wykazało powiększoną macicę, sięgającą do wysokości pępka, miękką, niebolesną, w której części płodu ani tętna nie można było odszukać. W ciągu miesiąca macica ta powiększała się szybko tak, że w połowie marca dno jej sięgało do wyrostka mieczykowatego. I teraz jednak nie można było odszukać płodu. Przez cały powyższy czas chora krwawiła ciągle, choć w nieznacznym stopniu, a stąd powoli wytwarzała się ogo na niedokrewność. Wreszcie 23 marca wystąpiła czynność porodowa, a z nią razem silny krwotok. Dopiero teraz można było wprowadzić palec przez ujście i wydostać jedno gronko, które upewniło przypuszczalne dotąd rozpoznanie. Wprowadzono kolpeurynter do pochwy, a po rozszerzeniu się ujścia do wielkości guldena wydobyto ręcznie łyżeczką i zabiegiem Credégo zaśniad groniasty. Upływ krwi był bardzo znaczny, stan jednak polepszył się w krótkim czasie. W pierwszych dniach po zabiegu chora nieco gorączkowała, obecnie przeszło od tygodnia ma się zupełnie dobrze. Macicy nie czuć już ponad spojeniem łonowem, odchodów brak, jako ślad przebytej sprawy pozostała tylko niedokrewność. Naturalnie nie przesądza to sprawy, że zaśniad mógł być złośliwym i mogą jeszcze pokazać się przerzuty w innych narządach. Dziś zapobiedz temu nie można, bo do wydobycia macicy nie ma żadnych wskazań, a nadto teraz byłby ten zabieg i tak prawdopodobnie już spóźnionym, bo macica i tak według wszelkich danych przestała już być źródłem choroby. Dopiero dalsze spostrzeganie rozstrzygnie tę sprawę. *(Autoreferat.)*

Dyskusya: Kol. doc. Kośmiński radzi w danym przypadku zrobić po pewnym czasie skrobankę do drobnowidowego zbadania. Kol. dr. Sołowij jest w takich przypadkach za metreurzyą, gdyż ta tamuje krwotok, rozszerza ujście, a kolpeuryzę uważa za bezcelową. Kol. Czyżewicz *jun.* w danym przypadku nie zgadza się na metreuryzę, gdyż wtedy, gdy chora krwawiła, ujście przepuszczało zaledwie palec, a w takim razie, — zdaniem jego, — metreurynter nie da się wprowadzić. Kol. Czaplicki przytacza przypadek *placenta praevia centralis*, gdzie przy ujściu zaledwie na palec rozwartem bez zbytnich trudności wprowadził metreurynter i osiągnął spodziewany skutek. Kol. Doc. Sołowij sądzi, że przy niedostatecznie rozwartem ujściu można te rozszerzyć rozszerzadłami Hegara i następnie wprowadzić metreurynter. Kol. Czyżewicz *(jun.)* obawiałby się ponadto metreuryzy ze względu na możność zakażenia. Kol. dr. Sołowij jest zdania, że tam, gdzie wykonanie zabiegu zależy od *indicatio vitalis*, takie względy w rachubę wchodzić nie mogą.

II. Kol. Czaplicki przedstawia płód wymokły (zmacerowany) IX mies. *cum amputatione spontanea intrauterina antibrachii sin.* Nieprawidłowość ta spowodowaną bywa t. zw. więzami Simonarta, których przyczyną najczęściej bywa nieprawidłowość jaja płodowego, znana pod nazwą *oligohydramnios*. W pierwszych początkach rozwoju płodowego, t. j. mniej więcej w drugim jego tygodniu, błona jagnięca *(amnion)* leży bardzo blizko powierzchni płodu. Według bowiem badań Speego tworzy się jama tejże błony przez zbieranie się wody płodowej w pierwotnie stałej masie komórkowej zalążka. Łatwo tedy da się wytłómaczyć, że jeżeli wód płodowych nie przybywa, mogą się między błoną jagnięcą, która w tym przypadku unosić się nie może, a powierzchnią płodu, t. j. *ectoderma*, wytwarzać zlepy a następnie zrosty, ewentualnie natury zapalnej; dzieje się to najczęściej w miejscach płodowych szczelin. Skoro zaś następowo z wzrostem jaja i wód płodowych przybywa, wyciągają się zrosty te w długie nitki i taśmy, t. zw. więzy Simonarta, jużto cienkie i wązkie, jużteż silne i szerokie, które, otoczywszy część płodu, zwłaszcza kończynę, mogą powodować odsznurowanie się częściowe do kości (Bleck), albo nawet zupełne. Więzy te czasem zachowują się tak, że możemy je spostrzegać nawet po porodzie. I tak Wolff opisuje przypadek *amputatio spontanea intrauterina* kończyny górnej z zupełnem utrzymaniem więzu błony jagnięcej, powodującego amputacyę.

Drugi sposób powstawania tych więzów odnoszą autorowie do wczesnego pęknięcia błony jagnięcej w czasie ciąży w wypadkach tych, gdzie przestrzeń wśród tejże błony jagnięcej jest dla płodu za ciasna, wskutek czego rosnący płód przerywa ją i następnie wyślizguje się z błony jagnięcej i rozwija się dalej wśród kosmówki, a ruchami swoimi powoduje skręcenie się błony jagnięcej w jeden albo kilka więzów, które również mogą powodować amputacyę kończyn, palców, jak to opisywał Küster, lub uciśnięcie pępowiny z następową śmiercią płodu. G. Braun przyjmuje za przyczynę pęknięcia worka błony jagnięcej mały jej opór na ciśnienie płynu, znajdującego się między nią a kosmówką, który przez przedwczesne ściągania macicy bywa rozdzielony w formę pęcherzykowych nagromadzeń. To pęknięcie błony jagnięcej może powstać także i w późniejszych miesiącach ciąży. Wówczas na łożysku znajdujemy kosmówkę oddzieloną od błony jagnięcej zupełnie, która tworzy tylko małą otwartą kieszeń koło pępowiny. Te odsznurowania kończyn i uciśnięcia pępowiny przedstawiają jedyne zmiany, jakie więzy Simonarta powodować mogą. Jak już przedtem wspomniano, przy wczesnem tworzeniu się zlepów i zrostów błony jagnięcej z płodem zlepy te najchętniej wytwarzają się w miejscach płodowych szczelin. To pociąga za sobą zrosty z narządami wewnętrznymi i wytworzenie się całego szeregu nieprawidłowości rozwojowych, jak: *labium leporinum, faux lupina, encephalocele*, opisywane przez Bouchacarta, *hemicephalia, cyclopia, micrognatia* (Winckel), *hernia abdominalis* i *umbilicalis*. Zrosty takie po oderwaniu się od płodu zostawiają ubytki na skórze, czasem zupełnie świeże rany, z któremi płody rodzą się na świat. Najczęściej ubytki te spotykamy na czaszce i to na tyłogłowiu (Ahlfeld). Także i więzy, powstałe wskutek pęknięcia błony jagnięcej w późniejszych okresach ciąży, mogą powodować zrosty i tworzenie się wad rozwojowych, a nawet śmierć płodu, jakkolwiek rzadziej, a opisują takie przypadki G. Braun, Küstner, Olshausen, Lebedew, Hamar, Bar, Glaise.

Jeżeli *oligohydramnios* utrzymuje się do końca ciąży, może wpływać na wzrost i kształty pojedyńczych części płodu; Lücke uważa go za przyczynę *pes varus congenitus*, a Küstner za przyczynę *pes planus congenitus*. *Oligohydramnios* w późniejszych okresach ciąży jest dla ciężarnej bardzo przykry, gdyż ruchy dziecka odczuwa bardzo boleśnie, a i sam poród jest bardzo ciężki i bolesny. W przypadku przedstawionym ilość wód płodowych była znaczna; resztek więzów Simonarta mimo dokładnych poszukiwań nie znaleziono, również nie znaleziono resztek amputowanej kończyny, czego się zresztą prawie nigdy nie znajduje. Nieliczne przypadki znalezienia takich resztek opisywał Martin. Płód przedstawiony obumarł wcześnie i był zmacerowany, a przyczyny tego należy szukać w kile; łożysko w całości zmienione tłuszczowo; obraz drobnowidowy przedstawia wybitną *endarteriiti obliterans*, która bardzo poważnie przemawia za kiłą. *(Autoreferat).*

Dyskusya: Kol. dr. Bylicki znalazł w muzeum klin. położ.-gin. U. Jag. bliźniaki, tak poplątane więzami Simonarta, że trudno je było od siebie oddzielić. Przypadek ten opisał kol. B. w „Przegl. lek.“

III. Kol Kwiatkiewicz przedstawia chorą z guzem cewki moczowej; 30-letnia chora, która 5 razy szczęśliwie rodziła, ostatni raz przed 7 miesiącami, dotąd była zdrowa, a poprzedniego dnia jeszcze pracowała na budowie, — skarży się od 6 dni na silne parcie i pieczenie przy częstej potrzebie oddawania moczu. Mimo to zgłosiła się do prelegenta dopiero przed 2 dniami wieczorem. W okolicy ujścia cewki znajduje się guzek wielkości orzecha włoskiego, sprężysty, na powierzchni gładki, pokryty czarno-zielonawym nalotem. Od dołu i po obu bokach widać naciągnięty na guzek, znacznie zcieńczały brzeg ujścia cewki, poza którym zgłębnik daje się wprowadzić do pęcherza. Od góry znachodzi się tylko płytki fałd błony śluzowej, poza którym znajduje się opisany guzek. Dalsze spostrzeganie, względnie badanie mikroskopowe, wykaże, czy i z jakim nowotworem mamy tu do czynienia. Możnaby tu myśleć o mięsaku lub włókniaku, które, chociaż bardzo rzadko, wychodzą niekiedy pierwotnie ze ściany cewki. *(Autoreferat).*

Dyskusya: Kol doc. Bylicki uważa guz ten za wypadnięcie błony śluzowej cewki i opisuje podobny przypadek, gdzie guz taki uważał również za nowotwór i usunął go operacyjnie; badanie drobnowidowe wykazało tylko błonę śluzową. W przypadku drugim, który kol. B. miał sposobność spostrzegać, rozpoznano raka cewki, a i tam również chodziło tylko o przerost i wypadnięcie błony śluzowej. Kol. doc. Kośmiński uważa ten przypadek również za wypadnięcie błony

śluzowej, o tyle rzadsze, że tak duże; jako leczenie poleca spokój i chłodne okłady. Kol. doc. Sołowij jest zdania, że przypadek ten pod względem rozpoznawczym nie jest pewny; nowotworu bezwzględnie wykluczyć nie można; radzi więc ewentualnie zrobić wycięcie, by co do rozpoznania się upewnić. Kol. doc. Bylicki jest, co do terapii, takiego samego zdania. Kol. Kwiatkiewicz rozpoznał pierwotnie również wypadnięcie błony śluzowej, a zmienił pierwotne rozpoznanie na tej podstawie, że otwór cewki znajduje się pod guzem, podczas gdy przy wypadnięciu błony śluzowej jest on zwykle w jej środku. Zresztą jest zdania, że potrzebna jest dalsza obserwacya, ewentualnie operacya i badanie drobnowidowe.

IV. *O postępowaniu wobec raka macicy.* Kol. Prezes, wykonując uchwałę wniosku kol. prof. Marsa, powziętą na ostatniem posiedzeniu z. r., otwiera dyskusyę nad powyższym tematem.

Kol Brejter stawia wniosek, by ten temat na razie odłożyć, a uprosić 2 kolegów na referentów, którzyby w najbliższym czasie opracowali przebieg leczenia raka aż do ostatnich czasów.

Kol. dr. Bylicki sądzi, że w ten sposób wyłoni się z tego rzecz za obszerna, jest więc zdania, by natychmiast przystąpić do dyskusyi.

Kol. dr. Sołowij proponuje na jednego z referentów kol. Brejtera. Kol Bocheński zgłasza się jako drugi referent.

Wniosek kol. Brejtera uchwalono.

Jako referentów wybrano koll. Brejtera i Bocheńskiego.

Dr. Tadeusz Czaplicki, sekretarz.

IX. Zaranie lekarskiego zawodu.

Urywek historyczny

napisał

Dr. Adam Langie.

„Wykonywanie praktyki lekarskiej jest tak dawnem, jak sama ludzkość".
Max Bartels.

Medycyna w najdawniejszym okresie dziejów ma charakter religijno-mistyczny, później religijno-doświadczalny. Przyczyna tego jasna. Ludzie, w zaraniu wieków żyjący w stanie pierwotnym na łonie przyrody i z siłami jej bezustannie staczając walkę, lub ucząc się powoli czerpać z nieprzebranych jej skarbów, rozwijają się jak dzieci. Dla nich otaczający świat jest pełen niewyjaśnionych zagadek, a wszystko, co przekracza zasób szczupłych ich pojęć, nabiera kształtów nadnaturalnych, nadziemskich. Podobnie jak grom, spadający z nieba, by strzaskać potężne drzewo, tak i choroba, która niespodzianie najtęższych mężów powala na łoże niemocy, lub zarazy, szerzące naokół zniszczenie, którym ni siła, ni przebiegłość człowieka poradzić nie zdoła, wydają się jednem z tych nadprzyrodzonych zjawisk, zesłanych na ziemię przez zagniewane bóstwo. Więc aby plagę odwrócić, trzeba u bóstwa szukać pomocy, przebłagać je modłami i ofiarną daniną. Leczenie chorób jest zatem początkowo sztuką esoteryczną, znaną tylko bogom.

Pojęcia takie odnaleźć możemy wszędzie u ludów starożytnych, w prastarych mitach i podaniach, a najpiękniej przedstawił je wielki poetyczny geniusz Hellenów w następującej legendzie:

Kiedy Prometeusz przyniósłszy skradziony z nieba boski ogień, na ziemi ludziom ofiarował, ci dumni z tej wielkiej zdobyczy, co to źródłem życia być miała, za równych swym bogom się mając, zuchwalcy, przestali ofiary na opuszczone nieść ołtarze. Zeus zagniewany srogą karę na ziemię zesłać postanowił, by znowu ich z grzechu oczyścić i znów ku czci bogów nawrócić. Hefaistosowi przeto każe, by z gliny urobił dziewicę, a potem w nią życia tchnie iskrę. A twarz jej Afrodyta krasą ozdabia cudowną i wdzięku bogactwa jej dają Charyty, a mądra Atene jej umysł niewieścią obdarza zręcznością. I tak „przez wszystkich obdarzona", Pandora zlatuje na ziemię i w związki małżeńskie wstępuje z Prometeusza występnego bratem. A wianem jej była bogato kowana, lecz szczelnie zamknięta, przez Zeusa jej dana skrzyneczka: dar bogów dla ludzi na ziemi. Gdy mimo ostrzeżeń braterskich, ciekawy mąż Epimeteusz usilnie na żonę nalegał, by wnętrze mu skrzyni odkryła, ta wieko ozdobnie kowane zaledwie ku górze uniosła, w tej chwili wybiegły w świat wszystkie choroby i ciała i duszy: boleści, nieszczęścia, zarazy, po całej rozbiegły się ziemi. A na dnie została „nadzieja" — jedyny dar dobry w tej skrzyni; i z niej to czerpiemy otuchę, gdy nieszczęść nas brzemię przywali.

Pośrednikami między ludźmi a bóstwem są kapłani, więc do nich zwracać się należy, gdy choroba dotknie człowieka; ofiary kapłana przebłagać zdołają zagniewane bóstwo. Kapłani jako wtajemniczeni w te kary i środki, jakimi usunąć je można, stają się pierwszymi lekarzami. Nadużywając ślepej wiary ludu, zaczynają powoli do ofiar religijnych dodawać pewne rękoczyny lecznicze, na doświadczeniu wieloletniem oparte, nieraz dzikie i dziwaczne, lecz często skuteczne i w ten sposób dochodzą powoli do ujęcia w swe ręce empiryczno-leczniczej sztuki. Dlatego to u wszystkich ludów w zawiązku ich dziejów sztuka leczenia chorób spoczywa w rękach najwyższych dostojników i otoczona jest zasłoną religijnej tajemnicy, niedostępnej dla ogółu, a gdy z biegiem czasu przechodzi w ręce nie kapłanów, to ci pierwsi lekarze świeccy zażywają wszędzie wielkiego miru i znaczenia, dopóki sami z własnej winy znaczenia tego nie utracą.

U Chińczyków pierwszymi lekarzami są potomkowie bóstwa — cesarze. Na pół mityczny cesarz Shin-nong, który miał żyć około roku 2838 przed Chr., wypróbował wszystkich roślin i w ten sposób doszedł, które z nich są lecznicze, a które trujące. Inny znów cesarz Hwang-ti, żyjący około roku 2698 przed Chr., napisał pierwszą najdawniejszą na świecie księgę medyczną pod tytułem »*Nei-King*«.

W sąsiedniej Chinom Japonii, gdzie przed wiekami dotarła też chińska kultura, zawód lekarski od niepamiętnych czasów wielką otaczany był czcią. Poświęcali mu się tylko krewni mikada i potomkowie szlacheckich rodów.

W Babilonii lekarzami byli tylko kapłani, podobnie jak w Indyach, gdzie dopiero później powstają świeccy lekarze, zwani »*Vajdyas*«. I ci są wysoce poważani, używają wielu przywilejów, rekrutują się z rodzin szlacheckich, a sztuka leczenia przechodzi z pokolenia na pokolenie. Po odbytej nauce, która rozpoczyna się bardzo wcześnie, bo w 12-tym roku życia, otrzymują lekarze pozwolenie, ograniczające prawo wykonywania praktyki do szczupłego tylko grona powołanych.

W Egipcie bogini Izis nauczyła medycyny bożka Dchuti-Thoth, którego symbolem był ptak Ibis. Głównym bożkiem lekarskim jest bóstwo Re, czyli bóg słońca, a kapłani jego są pierwszymi lekarzami tak sławnymi, że do nich wędrują Grecy, aby się tej sztuki wyuczyć. Ponieważ Faraon jest najwyższym kapłanem, więc jest też i najwyższym lekarzem, a zdolność ta, od boga mu dana, przechodzi i na najbliższe jego otoczenie.

U Izraelitów spotykamy w biblii wzmiankę o lekarzach, którzy zabalsamowali ciało patryarchy Jakóba. Zdaje się, że byli to też kapłani, bo dopiero w roku 720 przed Chr. wspomina biblia o lekarzach nie kapłanach.

W Grecyi widzimy to samo, lecz tutaj obfitość źródeł w postaci dochowanych aż do naszych czasów budowli, pomników, sprzętów, napisów, grobowców, wotów ofiarnych, rzeźb, narzędzi, a przedewszystkiem pism filozofów i historyków greckich, dozwala wyraźniej, niż u innych narodów, których spuścizna nie jest tak bogatą, śledzić za powolnem rozwijaniem się stanu lekarskiego w osobny zawód, którego adepci wyszli z pierwotnej klasy kapłanów-lekarzy, wywodzących ród swój od boga, patrona medycyny.

Medycyna grecka wyłoniła się więc także z medycyny teurgicznej, ale już w VI wieku przed Chr. zajmują się nią prócz kapłanów ludzie świeccy, rozpowszechniając wiadomości, strzeżone dawniej pilnie, jako największa tajemnica, w głębi świątyń przez szczupłe grono wybrańców bogów. Z tą chwilą otrząsa się ona coraz bardziej z mistycznych osłonek, a opiera na spostrzeżeniach, czynionych na osobach chorych, bada wpływ różnych czynników, już nie nadprzyrodzonych, lecz ziemskich, na przebieg choroby.

Ci pierwsi lekarze greccy przejąć wiele musieli od swych starszych kolegów egipskich i indyjskich, bo tego dowodzą liczne przez nich używane środki, o wiele dawniej już znane w owych krajach, jak również i to, że najstarsze szkoły lekarskie greckie powstają właśnie w tych miastach, które były głośnemi ogniskami komunikacyi między Grecyą a ościennymi narodami. Ale i tu, jak we wszystkiem, wycisnęli Grecy swe indywidualne genialne piętno do tego stopnia, że medycyna starożytnej Hellady wzbudza w nas podziw, a imiona wielkich greckich lekarzy po dziś dzień jasna opromienia sława. Słusznie powiedział w swej historyi Curtius: »*Was die Griechen in Religion und Cultur, im Staatsleben, Kunst und Wissenschaft gethan, ist ihr eigen, und wie viel sie auch von Anderen übernommen, haben sie es doch so umgestaltet und wiedergegeben, dass es ihr Eigenthum geworden ist*«.

Na przełomie greckiej medycyny teurgicznej a empirycznej stoi mityczna postać Asklepiosa, praojca stanu lekarskiego. Wiele przemawia za tem, że człowiek tego nazwiska żył istotnie

i że wsławiwszy się jako lekarz, przeszedł później do legendy, której osnowę przypomnę tu wedle najbardziej rozpowszechnionego podania: Synem Heliosa był i Koronisy, córy możnego księcia Tessalii. Matka zginęła od strzał Artemidy; niemowlę ojciec ocalił troskliwy. Ukrył na wielkiej górze Pelionu, oddając pieczę nad niem Chironowi, co posiadł sztuki leczniczej arkana. Gdy już młodzieńcem stał się Koronides, Chiron go sztuki swej wyuczył biegle, a uczeń mistrza przewyższył zdolnością i mnogie chorych ratował zastępy. Lecz za to Hades do Zeusa wniósł skargę, że państwu Cieniów wydziera podwładnych; a Gromowładny, uniesiony gniewem, za karę życia pozbawił piorunem, że Nieśmiertelnych woli się sprzeciwił.

Lecz wdzięczni Grecy do rzędu bogów go wynieśli i na cześć jego wznosili świątynie, a pamięć wspaniałemi obchodzili uroczystościami.

Świątynie Asklepiosa, z których najsławniejsza peloponeska w Epidaurus, to pierwsze zawiązki szkół lekarskich. Pierwszymi kapłanami mieli być dwaj synowie Asklepiosa: Machaon i Podalirius, którzy strzegli pilnie tajemnicy sztuki swego ojca i przekazali ją znów swoim potomkom. W ten sposób w rodzie Asklepidów wytworzyła się kasta lekarzy, którzy będąc równocześnie kapłanami, byli pośrednikami między chorymi a bóstwem. W świątyniach Asklepiosa udzielają oni rad lekarskich w imieniu boga, bo ten we śnie zsyła im objawienie co do istoty choroby i środków leczniczych. Z czasem nie kontentują się samem tylko objawieniem, lecz zaczynają robić własne spostrzeżenia, udzielać rad na podstawie własnego długoletniego doświadczenia, przyczem pilnie zapisują na tablicach wotywnych przypadki chorobowe, opatrując je uwagami i wskazówkami leczniczemi. Oto pierwsze historye chorób, pierwsze zaczątki literatury lekarskiej, pierwsze „podręczniki“ medycyny praktycznej.

Kapłani Asklepiosa są zrazu o swą wiedzę bardzo zazdrośni tak, że tylko członków rodziny wtajemniczają w arkana wiedzy lekarsko-religijnej. Dopiero gdy świątynie te po całej rozpowszechniły się Grecyi, musiano do pomocy wobec wielkiego napływu chorych przybrać i obce osoby. Powoli mgła tajemnicy, rozpięta nad świątyniami Asklepiosa, rozwiewa się i coraz więcej „laików“, już nie związanych z sobą węzłami rodzinnymi, zapoznaje się z tajnikami nauki Asklepidów. A gdy między laikami tymi znaleźli się też ludzie o wyższym umyśle, sztuka lekarska wyzwala się z zabobonów i guseł religijnych, schodzi coraz bardziej na ziemię, opiera na spostrzeżeniach zjawisk przyrodniczych i wymyka ostatecznie zupełnie z rąk kapłanów.

W ten sposób ze świątyni Asklepiosa wytwarzają się osobne szkoły lekarskie Asklepidów, z których najdawniejszą była szkoła w Kyrenie, zażywająca wielkiej sławy w VI wieku przed Chr., równie jak szkoły w Kos, Krotonie i Knidos. Wydają one głośnych swego czasu lekarzy, jak: Kalliphon i syn jego Demokedes, Hippos, Hippasos Philolaos i wreszcie największy z nich Hippokrates.

Nauka rozpoczynała się w młodym wieku i trwała dość długo, aż adept nabył dostatecznego wykształcenia, poczem, złożywszy odpowiednią przysięgę, przyjmowany zostawał do stanu lekarskiego. A przysięga ta jest tak piękna i pełna etycznych wskazówek, że zasługuje, aby ją tutaj według Hippokratesa dosłownie przytoczyć:

> „Przysięgam na Apollina, Asklepiosa, Higeę i Panakeę na „wszystkich bogów i boginie, wzywając ich na świadków, że „wedle sił i sumienia, przysiędze tej wierny, obowiązki moje „spełniać będę; że nauczyciela mego na równi z rodziną czcić, „a w potrzebie wspomagać, potomków zaś jego za rodzeństwo swe uważać będę i gdyby pragnęli się w sztuce tej „wykształcić, bez opłaty i bez zobowiązań — wyuczę, czego „sam od ojca ich nauczyłem się. Życie me poświęcę dla do-„bra i pożytku chorych, by ich od wszelkiej ochraniać szkody. „Nikomu, choćby mnie proszono, nie podam leku zabójczego „ani podania go nie ułatwię, równie jak żadnej niewieście „środka spędzającego płód. Wolny od wszelakiego występku, „pobożnie chcę żyć i sztukę mą uprawiać, a wchodząc do „domu chorego, nieść tam pragnę ulgę w cierpieniu, niedo-„stępny wszelkiej krzywdzie, obcy pożądliwości zarówno wo-„bec niewiast jak i mężów — wolnych i niewolników. Co „wśród leczenia chorych usłyszę lub zobaczę, to pozostanie „świętą tajemnicą, o ile nie będzie musiało być ze względu „na dobro publiczne wyjawionem. Obym, jeżeli przysięgi do-„chowam, był szczęśliwym tak w życiu mem, jak i w sztuce „mej, obym zyskał sławę nieśmiertelną u wszystkich ludzi „i po wszystkie czasy, — a gdybym przysięgę tę złamać miał, „niechaj mnie spotka wszystko przeciwne“.

Honorarya lekarskie stanowiły zrazu podarunki — dalszy ciąg niejako wotów, które składano kapłanom w świątyniach; dopiero za Hippokratesa płacono pieniędzmi, jak tego dowodzi przestroga Hippokratesa w jednem z jego pism, aby lekarz nie żądał naprzód zapłaty, lecz dopiero po wyleczeniu. Prócz tego udzielano wybitnym lekarzom publicznej pochwały, dyplomów honorowych, lub uwalniano ich od płacenia podatków.

Do wyzwolenia medycyny z rąk kapłanów przyczynili się w znacznej mierze słynni greccy filozofowie, którzy dociekając wszelkich zagadnień życia i bytu, musieli z natury rzeczy zajmować się też medycyną. Tu należą przedstawiciele szkoły jońskiej Thales z Miletu i współcześni mu Anaximenes i Anaximander, którzy starali się *»rerum cognoscere causas«*, — dalej pytagorejczycy i eleaci, jak Xenophanes, Parmenides, Heraklit i Empedokles; atomiści: Leukipp i Demokryt, niemniej też Anaxagoras z Klazomene, Alkmeon z Krotonu i Diogenes z Apollonii, wreszcie Arystoteles i cała szkoła perypatetyków.

Wielu z nich zajmuje się nawet praktyką lekarską, a sława ich wiadomości lekarskich rośnie szybko, zwłaszcza gdy jako tak zw. περιοδευταί uprawiają praktykę wędrowną, podróżując z miasta do miasta. Niektórzy osiadają stale w pewnych miejscowościach, jako rodzaj dzisiejszych lekarzy gminnych lub miejskich (δημιουργοί).

Z biegiem czasu, gdy liczba lekarzy wzrosła, powstają w większych miastach nawet publiczne lecznice (ἰατρεῖα), gdzie udzielano porady zgłaszającym się chorym na wzór dzisiejszych poliklinik. Zwykle przy lecznicy takiej mieszkał lekarz, który przyrządzał odrazu lekarstwa i wykonywał operacye, a pomagali mu pomocnicy (ὑπηρεταί), kształcący się u niego na lekarzy.

Za czasów Hippokratesa byli też lekarze państwowi, którzy pobierali roczną pensyę od państwa, lecząc ubogich za darmo. Pensya ta bywała dość znaczną, jeżeli n. p. Demodekos pobierał do 8,000 dzisiejszych koron według Herodota.

Później powstał jeszcze jeden rodzaj lekarzy, niejako analogia dzisiejszych lekarzy Kas chorych, zwanych Architektonikami (ἀρχιτεκτονικοί), których zadaniem było leczenie niewolników. Byli to po większej części wyzwoleńcy, pochodzący z rodzin niewolniczych.

O lekarzach wojskowych mamy wzmianki w Homerze, oraz u Ksenofonta w „Anabasis“ i „Cyropedyi“, a w pismach Hippokratesa περὶ ἰητροῦ czyli „o lekarzu“ jest osobny rozdział, poświęcony chirurgii wojennej.

Ogromną wagę przywiązywali Grecy do ćwiczeń fizycznych, więc zakłady gimnastyczne, czyli tak zw. „gymnazya“, rozpowszechnione były w całym kraju. Na czele takiego zakładu stał „gimnasiarches“, a kierownikami ćwiczeń byli „gimnaści“ (γυμνασταί), którzy równocześnie udzielali rad co do zachowania dyetetycznego i higienicznego ćwiczących i stąd nazywano ich też ἰατροί albo ὑγιεινοί. Oczywiście przy ćwiczeniach tych zdarzały się często nieszczęśliwe wypadki, wymagające doraźnej pomocy, więc też kierownicy ćwiczeń już przez samo doświadczenie nabywali wprawy w leczeniu. Wielu z nich na podstawie tej wykonywało praktykę lekarską i poza zakładem, lub tworzyło własne systemy dyetetyczno-lecznicze, konkurując z zawodowymi lekarzami. Tu pierwszy początek partactwa leczniczego, które na wzór dzisiejszych aptekarzy uprawiać zaczęli też zbieracze roślin lekarskich (ῥιζοτόμοι) i kupcy różnych maści, ziół, przetworów kosmetycznych lub leczniczych.

Rzymianie nie zdobyli się na własną rodzimą medycynę, choroby uważali za zrządzenie bogów, zatem medycyna miała tu dłużej jeszcze niż w Grecyi charakter teurgiczny. Każda choroba, każdy niemal objaw chorobowy ma swego bożka lub boginię, a leczenie polega na ceremoniale religijnym i ofiarowaniu bardzo nieraz kosztownych wotów (*donaria*). Stan lekarski nie stał w Rzymie zbyt wysoko, jeżeli pod koniec III wieku przed Chr., gdy Rzym zawojował Grecyę, opanowali praktykę w całem niemal państwie lekarze helleńscy, którzy tam tłumnie napływać zaczęli.

Jednym z pierwszych lekarzy greckich, który w 219 r. przybywa do Rzymu, zyskuje sobie wkrótce sławę i otrzymuje rzymskie obywatelstwo, był Archagatos z Peloponezu. Ale prócz prawdziwych lekarzy przybyło też mnóstwo partaczy, goniących za zyskiem, nawet pomocników i niewolników i oni to sprawili, że długi czas jeszcze lekarzy greckich traktowano w Rzymie nader pogardliwie. Dopiero Asklepiades (ur. około 124 przed Chr.) ugruntował tam grecką medycynę i umiejętnością swą wywalczył zupełnie inne stanowisko całemu stanowi lekarskiemu tak, że już za czasów Cezara poważanie dla lekarzy jest ogromne, a wielu z nich zdobywa wysokie godności, zaszczyty i majątek.

Aż do przybycia do Rzymu greckich lekarzy nauka medycyny stanowiła część encyklopedycznego wykształcenia, a sztuki leczenia praktycznej można się tylko było wyuczyć prywatnie u któregoś z lekarzy. Z chwilą utrwalenia potęgi zewnętrznej cesarstwa

powstały szkoły lekarskie, połączone zrazu z ogólnymi zakładami naukowymi, istniejącymi w większych miastach prowincyi. przez Rzym zdobytych, a pierwsze samoistne szkoły lekarskie zakłada dopiero cesarz Aleksander Severus w III wieku po Chr. Egzaminów żadnych nie składano. więc każdy, co tylko posiadał pewien zasób wiadomości, mógł zostać lekarzem. Dało to nawet później sposobność do namnożenia się w Rzymie całej falangi szarlatanów i niedouczonych lekarzy, tem więcej, że nie było też prawie żadnej odpowiedzialności za popełniony błąd w sztuce lub niedbałe leczenie.

Lekarze rzymscy dzielą się na dwie klasy: wolnych i niewolników lub wyzwoleńców. Pierwszymi wolnymi lekarzami byli greccy, podczas gdy bardzo znaczny zastęp lekarzy rzymskich pochodził ze stanu niewolniczego. Po prostu pan rzymski, posiadający całe zastępy niewolników, polecał któremuś z nich wyuczyć się sztuki lekarskiej, aby mieć pod ręką lekarza domowego. Oczywiście, że taki *»servus medicus«* był bardzo wygodną osobistością, bo ślepo musiał słuchać, więc często używano go do spełniania czynów niegodnych lub zbrodniczych w myśl intencyi patrona.

Natomiast stanowisko społeczne lekarzy wolnych było za czasów Cesarstwa bardzo znaczne, a poszczególni cesarze obsypywali ich przywilejami, jak n. p. uwolnienie od pełnienia obowiązków w publicznych urzędach, uwolnienie od podatków i wynoszenie do godności lekarzy nadwornych, noszących tytuł *»archiatri sacri palatii«*. Historya przekazała nam nazwiska takich lekarzy nadwornych, jak Cajusa Aemiliusa i Antoniusa Muzy, którzy byli lekarzami cesarza Augusta i innych lekarzy przybocznych cesarzów: Tyberiusza, Kaliguli, Nerona, Trajana, Marka Aureliusza, Klaudiusza i t. d.

W większych miastach byli znów *»archiatri municipales«*, pełniący obowiązki na wzór dzisiejszych lekarzy miejskich, a w gminach wiejskich *»archiatri populares«*.

Do lekarzy w służbie publicznej zostających zaliczyć też wypada lekarzy gladyatorów, którzy byli ustanowieni przy szkołach gladyatorów i mieli obowiązek podczas zapasów i przedstawień udzielać doraźnej pomocy, — dalej lekarzy przy teatrach i cyrkach, gdzie odbywały się walki zwierząt.

Lekarzy wojskowych wprowadził dopiero cesarz Augustus. Ci w razie wojny towarzyszyli armii na pole bitwy, a podczas pokoju byli lekarzami szpitali wojskowych *(valetudinaria)*.

Wcześnie już w Rzymie rozwinęły się różne specyalności. Przedewszystkiem rozróżniano tam lekarzy nieoperujących, czyli internistów (*medicus*) i operujących (*chirurgus*), dalej okulistów, ginekologów i t. p. Nawet kobiety wykonywały praktykę lekarską (*medicae*), rekrutując się po większej części z akuszerek.

Ale i tu, jak wszędzie, zakradła się w szeregi lekarskie szarlatanerya, a chęć zysku i odwieczna *»Brotneid«* przyczyniają się do moralnego upadku lekarzy i obniżenia znaczenia i powagi całego stanu, który staje się wkrótce przedmiotem zasłużonych szyderstw i ironicznych docinków takich mistrzów pióra, jak Juvenal, Martial i Pliniusz. A nawet słynny Galen nie szczędzi ostrych słów nagany swym kolegom za to, że odbiegli zbyt daleko od czystej etyki Hippokratesa.

Ze śmiercią Galena na początku III wieku po Chr. zaczyna się już właściwie epoka zastoju w medycynie, trwająca niesłychanie długo, bo przez cały burzliwy okres średniowiecznych dziejów, w której rozpada się i upada ostatecznie rzymska potęga i ginie dorobek kulturalny minionych wieków. Z wiru walk srogich i wstrząsających światem przewrotów zabłysnąć ma dopiero kiedyś po długiej nocy średniowiecza wspaniale wschodzące słońce „odrodzenia“, by nowe ożywcze tchnąć siły we wszystkie dziedziny sztuk pięknych i ludzkiej wiedzy. Z tą chwilą i stan lekarski dźwigać się zacznie powoli ze swego upadku, by znów wejść na wyżyny, jakie mu nowożytne dzieje wskazały w ogólnej kulturze.

X. Sprawozdanie c. k. Rady zdrowia o stosunkach zdrowotnych w Galicyi w roku 1900.

Zestawił

Dr. Jan Gwiazdomorski.

(Ciąg dalszy.)

1. Asanacya.

a) Woda do picia i użytku.

Pocieszające objawy dążności władz, większych miast, starostw, Rad powiatowych, a nawet gmin wiejskich i pojedynczych wieśniaków do zaopatrywania się w dobrą wodę, które notowaliśmy już w r. poprzednim, i w tym roku ujawniają się bardzo wyraźnie. Wodociąg miasta Białej, zaopatrywany wodą rzeczną, odpowiednio filtrowaną, ukończono właśnie w r. 1900 i oddano go do użytku.

Budowa wodociągów obu miast głównych, t. j. Lwowa i Krakowa, postępuje raźno.

Co do stanu zaopatrzenia w wodę jużto innych miast, jużto powiatów, przytacza Sprawozdanie cyfrowo liczne zmiany na lepsze, jak również liczbę nowozbudowanych studzien. I tak w Bochni wykonano dwa nowe wodociągi z rurami żelaznemi; w Brzeżanach założono nowy wodociąg; miasto Kalwarya ma już wypracowany plan wodociągu i gromadzi fundusze na budowę. We wielu powiatach przybyło za przyczynieniem się wydziałów powiatowych dużo studni z dobrą wodą i dobrze zaopatrzonych. Są jednak powiaty, które mimo zdarzających się tam dość częstych epidemii, za małą okazują dbałość w tym kierunku. A już napiętnować należałoby postępowanie Wydziału powiatowego wielickiego, które już w zeszłym roku z oburzeniem podnosiliśmy. Oto na zachęcenie lekarza powiatowego kilka gmin tego powiatu złożyło tejże Radzie powiatowej zebraną między sobą dość znaczną kwotę (kilka tysięcy zlr.!) celem zaopatrzenia powiatu w lepszą wodę i zapobieżenia brakowi dobrych studzien. Minęło lat kilka, mimo starań, mimo kilkakrotnych przynagleń Starostwa do Rady powiatowej, a Namiestnictwa do Wydz. krajowego, nie podjęto żadnej roboty, a pieniądze leżą dalej bezużytecznie. Dowodzi to niezbicie, że kmiecie po wsiach okolicznych już przed laty zrozumieli, że dla poprawy stosunków sanitarnych powiatu i gmin pojedynczych potrzeba jest koniecznie dobrych, a licznych nowych studzien i (rzecz w naszych stosunkach bardzo niezwykła) złożyli na ten cel znaczny fundusz. Tylko Wydział, względnie Rada powiatowa wielicka, nietylko nie rozumie tej potrzeby, ale mimo nalegań władz ani studzien nie buduje, ani pieniędzy nie oddaje. Jak się to dzieje, że ta Rada powiatowa może przez cały szereg lat opierać się rozporządzeniom władz, to zrozumieć może tylko człowiek, znający smutne nasze stosunki administracyjne, który wie, że rozporządzenia i ustawy pozostają u nas zbyt często tylko na papierze, a to z powodu braku energii władzy, jak również z powodu braku egzekutywy, braku i niedostatecznej ilości organów wykonawczych.

b) Usuwanie nieczystości.

Miasto Kraków wybudowało od roku 1897 do 1900 przeszło 14 kilometrów kanałów i prace w tym kierunku prowadzi dalej z wielkim nakładem. Lwów w tym samym czasie blisko 9 kilometrów, Biała około 4 kilometrów.

Co do szczegółów, odnoszących się do miast mniejszych, jak również niezbyt licznych w tym roku innych prac asanacyjnych, odsyłamy czytelnika do samego Sprawozdania; dodajemy tylko, że w r. 1900 wylewy i powodzie zniszczyły ogromnie kilkoletnie prace regulacyjne rzek naszych i to w wielu powiatach.

2. Pokarmy, pożywki i napoje.

W c. k. Zakładzie badania środków spożywczych w Krakowie wykonano w 1900 roku 1017 rozbiorów i badań (w 1899 r. 728, — w 1898 r. 440). W tymże Zakładzie odbył się z wiosną 1900 r. czteromiesięczny kurs dla przyszłych komisarzy targowych, do którego zgłosiło się 10 kandydatów, a wytrwało i zdało egzamin z wynikiem pomyślnym ośmiu. Byli to przeważnie urzędnicy magistratów miejskich.

W rozdziale tym znajdujemy dalej wyciągi z doniesień władz różnych miast i powiatów lub ich lekarzy urzędowych o wyniku rewizyi piekarń, wyszynków, sklepów, składów nafty i t. p. i dostrzeżonych, względnie usuniętych, nieporządkach, nadużyciach i fałszerstwach. Trudno czasem zrozumieć, czemu ludzie dla nieznacznego najczęściej zysku posuwają się do fałszerstw środków spożywczych, trując innych, a siebie narażając, — w razie wykrycia, — na kary. Ale zdaje się, że właśnie tych rewizyi, kontroli, jest za mało i dlatego złe się szerzy.

W roku 1900 w dziewięciu miasteczkach wybudowano nowe rzeźnie.

Zdawałoby się nam, że tu znaleźć byśmy winni wiadomość o konsumcyi artykułów spożywczych i napojów wyskokowych; dalej umieszczane po inne lata wiadomości, ile sztuk bydła spotrzebowano w Galicyi, ile z zabitych sztuk znaleziono dotkniętych perlicą, wągrami i t. d.; czy zauważono w kraju, że uboższa ludność zaczyna spożywać końskie mięso i t. p. Wogóle dział higieny żywienia mógłby naszem zdaniem być troszkę więcej wyczerpująco traktowanym.

3. Higiena budowy i mieszkań.

Od 20 marca 1900 r. obowiązuje w Galicyi sankcyonowana już ustawa budowlana dla wsi i małych miasteczek. Wobec braku jednak egzekutywy, czy energii w wykonywaniu jej, ustawa ta gotowa zwiększyć tylko szereg ustaw pozostających „na papierze“, t. j. takich, których przepisów się nie przestrzega.

I tak: lekarze urzędowi skarżą się, że w Buczaczu, gdzie około 200 domów nie tylko nie ma wychodków, ale z powodu gęstego zabudowania nie ma nawet miejsca, gdzieby je postawić (przy domach już stojących), mimo to gmina jeszcze i teraz zatwierdza plany nowobudujących się domów bez wychodków, a nie wykonuje kolaudacyi tych nowozbudowanych domów. Podobnież żali się lekarz urzędowy z Dobromila, że domy są tak gęsto stawiane, że nie ma gdzie postawić wychodków. „Również w powiecie horodeńskim ustawa napotyka w zastosowaniu na wielkie trudności; w kamioneckim stosunki budowlane mają być opłakane; w mieście Kołomyi każdy nowozbudowany dom zamieszkuje się zawsze jeszcze w stanie wilgotnym, bo przy komisyi, udzielającej pozwolenia na zamieszkanie, niema nigdy lekarza; w kosowskim wiele nowozbudowanych domów niema wychodków“. Radzibyśmy w Sprawozdaniu z następnego roku wyczytać, czy złe dostrzeżone zostało ukarane, jak należy i usunięte? Na ogół jednak widzieć można z doniesień lekarzy urzędowych pewną, choć powolną, poprawę w stosunkach budowlanych i ściślejsze przestrzeganie przepisów ustaw budowlanych, zarówno w miastach, jakoteż po wsiach, jak to stwierdzają lekarze powiatowi z Brzeżan, Brzozowa, Jarosławia, Limanowej, Lwowa, Łańcuta, Mielca, Nadwórnej, Niska, N. Targu, Podgórza, Podhajec, Ropczyc, Stanisławowa, Zbaraża i Żywca. Także miasta, które uległy pożarom, przestrzegają przy odbudowie przepisów ustawy, choć i tu Skałat stanowi wcale nie chwalebny wyjątek.

Z prawdziwą przyjemnością przytaczamy tu końcowy ustęp tego rozdziału, jako wzór godny jak najczęstszego naśladowania:

„W Czortkowie odbyła się na polecenie c. k. starostwa rewizya sanitarno-policyjna całego miasta i na podstawie jej wyniku wydano do zwierzchności gminnej szczegółowe zarządzenia“. Przekonani jesteśmy, że władza, które te zarządzenia wydała, dopilnowała też ich wykonania; dlatego też mamy nadzieję, że w Sprawozdaniu za rok następny o tem się czegoś dowiemy.

4. Zakłady przemysłowe.

Galicya bierze udział w łącznej produkcyi węgla kamiennego całej Austryi w ilości $10\frac{1}{2}\%$. Wartość wydobytego węgla wynosi rocznie $6\frac{1}{2}$ miliona koron przy pracy 4173 robotników, z tego tylko 200 kobiet lub nieletnich.

Połowa cynku, produkowanego w Austryi, przypada na Galicyę, przyczem podnieść należy, że rudę cynkową na miejscu w kraju przerabia się fabrycznie w hutach, walcowniach i fabryce bieli cynkowej, dając w ten sposób zajęcie 660 robotnikom.

W kopalniach soli w Wieliczce i Bochni pracuje 1300 ludzi, w Galicyi zaś wschodniej w kopalniach i warzelniach soli 850 ludzi.

Przy wydobywaniu ropy naftowej i wosku ziemnego, oraz ich dalszej przeróbce, pracuje 9.400 ludzi. Opis urządzeń higienicznych i humanitarnych, istniejących w dziale przemysłu górniczo-hutniczego, który razem wzięty zatrudnia 17.300 ludzi, obiecuje Sprawozdanie w latach następnych.

Fabryk tytoniu i cygar mamy w kraju pięć, zatrudniających 3413 robotnic i 717 robotników. „Co do wewnętrznego urządzenia jest zawsze takie przepełnienie w pracowniach, że na jednostkę pracującą nie przypada pełne *minimum* 10 m.^{3} powietrza“. Brak ten tylko w części łagodzono ulepszeniami przewietrzania.

Znanym ogólnie jest fakt, że właśnie w tych fabrykach znaczna liczba robotnic dotkniętych jest gruźlicą płuc. Sprawozdanie nic o tem nie mówi. Otóż, sądzimy, byłoby wdzięcznem zadaniem władz sanitarnych zbadać tę kwestyę raz gruntownie, zażądać od lekarzy tych fabryk odpowiednich wykazów z lat kilku, sprawdzić ich wiarogodność badaniem osobistem robotnic, które kaszlem i choćby tylko zewnętrznem wyglądaniem wzbudzają uzasadnione podejrzenie choroby, — sprawdzić przy tej sposobności, czy zarządzenia władz są należycie przestrzegane, — zarządzić wydalenie dotkniętych chorobą i t. d. Zwracamy uwagę władz przedewszystkiem z tego powodu, że niebezpieczeństwo zakażenia przez branie w usta cygar i papierosów, sporządzanych przez robotnice chore i szerzenia się w ten sposób choroby, przeciw której w całym świecie, a i u nas w kraju, rozpoczęto poważną walkę, jest niezaprzeczone i znaczne. Co więcej, jeśli we fabryce są osobniki chore, a nie zachowują, lub zachować nie mogą przepisanych ostrożności (plucie na podłogę z braku odpowiednich spluwaczek i t. p.), to choroba między robotnicami szerzyć się będzie ogromnie, a c. k. rządowe fabryki cygar i tytoniu staną się rozsadnikami choroby.

Z uznaniem podnieść należy pewne urządzenia, służące jużto do celów sanitarnych, jużto humanitarnych w pojedynczych fabrykach cygar, jak oddanie do bezpłatnego użytku kąpieli (Kraków), zbudowanie dużego domu z taniemi mieszkaniami dla robotników (Winniki), tanie kuchnie i mleczarnie (Kraków, Winniki), wreszcie poprawa płac.

Przypadkowych uszkodzeń robotników w różnych gałęziach przemysłu zgłoszono w całym kraju 489, z tych 17 śmiertelnych. Liczby te jednak nie zbyt ściśle, gdyż nie obejmują wypadków kolejowych, górniczych i przemysłu rolnego (czemu?), — a powtóre nie wszyscy przedsiębiorcy donoszą o nich inspektorowi przemysłowemu.

O paru chorobach zawodowych czytamy w Sprawozdaniu tylko krótkie wzmianki z doniesień inspektora przemysłowego. Czy nie możnaby dać odpowiednich mieć z pierwszej ręki od lekarzy fabrycznych, górniczych, kas chorych i t. d., których liczba powoli się zwiększa?

Dalej czytamy w Sprawozdaniu wiadomości o powstaniu kilku nowych fabryk, o ulepszeniach w kilku z dawniejszych. Natomiast nie znajdujemy ani wzmianki o tem, czy braki, wytknięte w kilku fabrykach w Sprawozdaniu z r. 1899, zostały skarcone i usunięte (browar w Łańcucie, browar w Budach Przeworskich, zakłady przemysłowe w powiecie Sokalskim i t. d.).

5. Handel środkami leczniczemi i truciznami poza aptekami.

Już w roku zeszłym podnosiliśmy (idąc po części za Sprawozdaniem) szkody, jakie aptekarzom naszym wyrządzają drogerye swą nieuczciwą konkurencyą, będące właściwie pokątnemi, źle urządzonemi i nieodpowiedzialnemi aptekami, w których każdy za receptą, a nawet bez recepty, wszelkiego leku, nawet czasem i morfiny do wstrzykiwań podskórnych, dostać może. Mimo to nowe drogerye uzyskują koncesye nawet wbrew opinii dotyczących fizykatów. Gdybyż przynajmniej drogerye te były należycie kontrolowane, a bezprawne wydawanie leków należycie karane. Ale n. p. Sprawozdanie za rok 1900 przytacza z całego kraju i roku tylko jeden jedyny przypadek ukarania drogisty za drobną sprzedaż leków.

(Ciąg dalszy nastąpi).

XI. Sprawozdanie z międzynarodowego Zjazdu chirurgów.

(18—23 września 1905.)

(Dokończenie).

VI.

Leczenie zapalenia otrzewnej.

Friedrich (z Gryfii) podnosi przedewszystkiem, że w leczeniu zapalenia otrzewnej wiele zależy od źródła zakaźnego. I tak dostępniejszem dla zabiegów leczniczych jest zapalenie otrzewnej, wychodzące z wyrostka robaczkowego, aniżeli przy zakażeniu podczas operacyi. Wiele również zależy od tego, czy wezwano naszej pomocy na początku choroby, czy też wtedy, gdy proces chłonienia był u szczytu lub już ustąpił, lub gdy już nastąpiło porażenie jelit. Zabieg chirurgiczny wskazanym jest we wszystkich okresach choroby, bo nie można spodziewać się otorbienia; przeciwwskazanym jest jedynie w przypadkach, gdzie już wystąpiła sinica i kończyny są zimne. Zadawanie środków przeczyszczających celem przyśpieszenia wessania w zapaleniu otrzewnej jest niedorzecznem. Również nie należy przy operacyi oczyszczać jamy otrzewnej przepłokiwaniami lub przez wydobycie trzew. Bębnica jest częstokroć następstwem zrostów, nie zaś porażenia. W takim razie zaleca się założenie przetoki kałowej. Cięcie prowadzi on ile możności ponad źródłem zakażenia i robi tylko cięcia małe, raczej w dwóch lub trzech miejscach. Pokój operacyjny i stół powinien być dobrze ogrzany, aby uniknąć przeziębienia. W leczeniu poope-

racyjnem odgrywa ważną rolę przepłókiwanie żołądka, wstrzykiwania podskórne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej z dodatkiem oliwy i lewatywy.

Ali Krogius (z Helsingforsu) streszcza rozwój chirurgii w leczeniu zapalenia otrzewnej z ostatnich 20 lat. Ropne zapalenie otrzewnej usunąć może tylko zabieg chirurgiczny. Aby zaś leczenie chirurgiczne dobre dało wyniki, potrzebne jest rozpoznanie wczesne i rychły zabieg. Już w pierwszych godzinach można chorobę na pewne rozpoznać na podstawie silnych bolów w żywocie, napięcia mięśni i bolesności, podniesienia ciepłoty, hiperleukocytozy, tętna przyśpieszonego, wejrzenia ciężko chorego, wymiotów i t. d. Jeżeli pierwsze przypady nasuwają podejrzenie, że się rozpoczyna zapalenie otrzewnej, powinno się natychmiast wezwać chirurga, aby on leczenie dalsze objął. Zabieg operacyjny polegać ma na wyszukaniu i usunięciu ogniska zakaźnego; do tego potrzebne jest cięcie rozległe, albo kilka małych. Co do skuteczności przepłókania celem odkażenia jamy otrzewnej zdania chirurgów są podzielone; niewątpliwie pożyteczne są w przypadkach przedostania się chemicznie żrących płynów lub ciał obcych do jamy otrzewnej. Najskuteczniejszym środkiem do zwalczania zapalenia jest osączkowanie dużymi tamponami według Mikulicza. U kobiet można sączek przeprowadzić przez tylne sklepienie. W leczeniu następowem nieocenione usługi oddają śródżylne wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej. Jeżeli po operacyi występuje zupełne zaparcie żywota i wymioty, nie dające się usunąć zwykłymi sposobami, powinno się założyć przetokę kałową. Wyniki pooperacyjne są korzystne, jeżeli się je wykona w ciągu pierwszych 12, najdalej 36 godzin, zwłaszcza w przypadkach, mających punkt wyjścia w wyrostku robaczkowym.

Lenander (z Upsali) podnosi wielką doniosłość rychłego rozpoznania i docieczenia punktu jego wyjścia w zapaleniu ostrem otrzewnej, w którem należy operować jak najrychlej przed wystąpieniem objawów porażnych. Podczas operacyi trzeba wyszukać punkt wyjścia zapalenia i usunąć go. W przypadkach porażenia trzew należy naciąć jelita w jednem lub kilku miejscach w celu wypróżnienia, założyć przetokę kałową, a w rozpaczliwych przypadkach resekować $^1/_2$ do 3 metrów jelita porażonego. Jeżeli zapalenie ma punkt wyjścia w wyrostku robaczkowym i jest powikłane z porażeniem kątnicy, założyć należy przetokę kałową lub przyszyć kątnicę do rany w ścianie brzusznej, aby bez uśpienia założyć się dała przetoka kałowa w razie potrzeby. Jeżeli się okaże potrzeba wydalenia ropy z głębi jamy otrzewnej około śródjelicia, wskazane są przepłókiwania rozczynem soli kuchennej 9‰ ogrzanym do 40° C. Należy przytem osączkować jamę brzuszną. Podczas operacyi asystent musi być gotowym do wstrzyknięć śródżylnych w danym razie. W leczeniu pooperacyjnem starać się trzeba wszelkimi możliwymi sposobami o utrzymanie funkcyi wszystkich narządów i o odżywianie chorego. W tym celu stosuje się lewatywy odżywcze do odbytnicy i przetok kałowych, wstrzykiwania podskórne lub śródżylne fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, odżywiania zaś przez usta trzeba unikać lub podawać tylko w drobnych dawkach.

Lejars (z Paryża) zastanawia się kolejno nad powodami i rodzajami zakażenia otrzewnej, nad środkami obronnymi ustroju samego, nad środkami leczniczymi, opartymi na znajomości samoobrony ustroju i nad leczeniem drogą operacyjną i bez operacyi. Zapalenia na tle gruźliczem nie uwzględnia. Każde zapalenie otrzewnej wywołują drobnoustroje. Przedostają się one do jamy otrzewnej z zewnątrz przez ranę z urazu albo operacyjną; z przewodu pokarmowego lub moczopłciowego wreszcie dostać się mogą przez obieg krwi, n. p. w posocznicy, róży, z ropni oddalonych i t. d. Przebieg choroby i rokowanie zależy od źródła zapalenia. Z pomiędzy środków samoobrony ze strony otrzewnej i ustroju wylicza przedewszystkiem fagocytozę, którą należy podtrzymywać wstrzykiwaniami surowicy końskiej ogrzanej, lub rozczynu fizyologicznego soli kuchennej do jamy otrzewnej, lub wstrzykiwaniami kwasu nukleinowego podskórnie. Na drugim planie jest dążność otrzewnej do tworzenia wypociny włóknikowej i zlepów; wreszcie silna akcya serca i nerek. Zapalenie trzeba rozpoznać w okresie wczesnym, ocenić jego ciężkość i przystąpić wcześnie do operacyi. W razie przerwy w ciągłości należy natychmiast operować, niemniej w rozmaitych rodzajach niedrożności. Nawet w rozpaczliwych przypadkach operacya jest wskazaną w celu przyniesienia ulgi w cierpieniu. Jeżeli się uzna potrzebę operacyi, to ją trzeba natychmiast wykonać. Cięcie środkowe lub boczne zależy od domniemanej siedziby choroby. Wyszukawszy lokalną przyczynę zapalenia, usuniemy ją, a po operacyi zaleca się wytamponowanie jamy otrzewnej lub założenie przeciwotworów w jednem albo kilku miejscach. Leczenie bez operacyi polega na unieruchomieniu ciała i przewodu pokarmowego, dyecie, niemniej podtrzymywaniu sił i leukocytozy przez wstrzykiwania podskórne albo śródżylne surowicy.

Mc. Cosh (z Nowego Yorku) stwierdza, że w ostatnich 10 latach zmieniło się nasze zapatrywanie na operacyjne i ogólne leczenie zapalenia otrzewnej i kończy swój wywód, że nie można postępować jednako we wszystkich przypadkach. W większości przypadków wskazaną jest operacya, są jednak i takie przypadki, gdzie operacya wywiera wpływ niekorzystny. Niewątpliwie są przypadki ogólnego zapalenia otrzewnej, wyleczone bez operacyi. Głównymi czynnikami dla pomyślnego przebiegu po operacyi jest rychłe i proste jej wykonanie i usunięcie przyczyny. Przepłókiwanie rozczynem soli zaleca się; unikać jednak należy płynów chemicznie lub mechanicznie drażniących. Sączków powinno się używać; założenia przetoki jelitowej mowca nie zaleca. Tamponowanie gazą jest szkodliwe. Bardzo korzystne jest ułożenie chorego według Fowlera po operacyi, t. j. podwyższenie górnej połowy ciała. Łóżko u głowy należy podnieść o 50 cm.

De Isla (z Madrytu) streszcza swe sprawozdanie w następujących zdaniach: leczenie zapalenia otrzewnej nie jest tematem nowym, ale proces zakaźny otrzewnej jeszcze nie został dokładnie zbadany. Morfina, atropina, spokój bezwzględny, wstrzykiwania podskórne i śródżylne rozczynu soli mają wielką wartość w leczeniu zapalenia otrzewnej. Aseptyczne zapalenie otrzewnej i zakaźne bez wypociny, których nie można lekami leczyć, niemniej septyczne i ropne — trzeba operować i to po poprzedniem zbadaniu krwi. Zabieg chirurgiczny zależy od uszkodzenia narządów brzusznych i techniki operacyjnej, zastosowanej do poszczególnego przypadku. Wybór zabiegu zależy od klasycznej zasady *quare-quando-quomodo-ubi*. Celem leczniczym w zapaleniu otrzewnej musi być podniesienie odporności otrzewnej i wyzyskanie naturalnych i znanych środków obrony ustroju.

Zawadzki (z Warszawy) podał wykaz przypadków, w których Towarzystwo pierwszej pomocy w Warszawie było czynne. W liczbie tej były przypadki uszkodzenia brzucha.

W niniejszem sprawozdaniu streściłem przedmiotowo i wiernie niemal wszystkie przemówienia. Oryginalne prace sprawozdawców wszystkich sześciu kwestyi, będących na porządku dziennym, znajdzie czytelnik w pracy sprawozdawczej sekretarza generalnego dr. Depagea, wydane pod tytułem: „Premier Congrès de la société internationale de Chirurgie“. *Bogdanik.*

XII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Sprawa ministerstwa zdrowia wciąż wypływa na porządek dzienny wieców lekarskich, jako też często jest tematem rozpraw, spotykanych w pismach lekarskich. I na ostatnim Wiecu Izb lekarskich, który się odbywał 3 i 4 października w Insbruku, sprawę tę poruszono. Mianowicie Dr. List, prezydent dolno-austryackiej Izby lek., uzasadniał w dłuższym referacie wniosek, żądający

utworzenia w Austryi ministerstwa zdrowia. Ponieważ dawniej wyrażane w tej sprawie życzenia nie znalazły u władz łaskawego ucha, wzywał referent Izby, by zwróciły się do ludności z wezwaniem, iżby od swych posłów żądała wstawiennictwa w parlamencie za urządzeniem ministerstwa zdrowia. W dyskusyi, jaka się rozwinęła nad tym wnioskiem, wyraził Dr. Brenner (Berno) żal, że lekarze tak mały biorą udział w życiu politycznem. Parlament liczy w swem gronie ledwo 4 lekarzy i dlatego na żądania lekarzy nikt się nie ogląda. Dla tych więc powodów Izby lekarskie, zdaniem mowcy, powinny wezwać lekarzy do brania czynnego i żywego udziału w życiu politycznem i do stawiania swych kandydatur przy najbliższych wyborach do parlamentu.

Zbyteczną jest rzeczą uzasadniać, jak doniosłego znaczenia dla ludności i dla państwa jest sprawa zdrowia publicznego: tymczasem tak ważną i tak doniosłą, rozległą i wymagającą specyalnej nauki i doświadczenia sprawą zajmuje się dziś w Austryi mały oddział, przylepiony sztucznie do ministerstwa spraw wewnętrznych i poddany jego władzy nadzorczej. Pomimo, że oddział ten nie ma wielkiej swobody działania, jednak już nie jedną wielką rzecz stworzył. Ileżby jednak dotąd zdziałało samoistne i niezależne ministeryum? Już raz ludzie, mający władzę w państwie, powinni zrozumieć, że kwestya zdrowia publicznego, to pierwsze i najważniejsze zadanie państwa. Przed 30 laty zaznaczył to najwybitniejszy mąż stanu Anglii, Disraeli. Wyjątek z mowy jego, wygłoszonej na meetingu przed publicznością, składającą się mniej więcej z 50.000 głów, a dotykający omawianej sprawy zdrowia publicznego, pozwalamy sobie powtórzyć w przekładzie za »*Oesterreichische Aerztliche Vereinszeitung*« (Nr. 20, 1905).

„Mojem zdaniem sprawa publicznego zdrowia jest owem społecznem zadaniem, które winno wszystkie inne zadania wyprzedzać i które musi w pierwszym rzędzie zająć uwagę męża stanu i polityka każdej partyi. Pozwolę sobie to powtórzyć: kwestye zdrowia publicznego przewyższają doniosłością swoją wszelkie inne sprawy tak, że nad nie niema wyższej dla praktycznego męża stanu. Jeden wielki uczony zwykł opowiadać, że do Wulgaty musiał się wkraść błąd. Przysłowie, w którem król Salomon pomieścił kwintesencyę ludzkiej mądrości, brzmiało nie: „Vanitas vanitatum, omnia vanitas“, lecz: „Sanitas sanitatum, omnia sanitas“. Nigdy za często nie można tego powtarzać, że jeśli chodzi o ocenę wielkości i znaczenia jakiegoś narodu, to najpierw należy zwrócić uwagę na jego stosunki zdrowotne. Możemy sobie wyobrazić kraj, pokryty trofeami zwycięskiemi, który chełpi się bogactwem swej sztuki, skarbami, nagromadzonymi w swych muzeach i bibliotekach: kraj ten zamieszkiwać może lud inteligentny, sprytny i obrotny; jeśli jednak obliczenia wykazują, że ludności ubywa, że przeciętna wysokość męzkiej ludności coraz bardziej maleje, to można na pewno przepowiedzieć, że naród ten powoli straci swoje wielkie historyczne znaczenie i swoje wpływy. I dlatego jeszcze raz zaznaczam, że chciałbym wszystkim moim słuchaczom to głęboko w duszę wpoić, że sprawy zdrowotne stoją daleko ponad wszelkiemi innemi sprawami, zajmującemi mężów stanu. One nietylko przewyższają wszelkie zasadnicze zagadnienia, które rozdzielają partye polityczne, ale nawet panują ponad wszystkiemi innemi sprawami, które z powodu swego wielkiego znaczenia zacierają różnice partyjne. Musimy o tem pamiętać, że wielkość naszego kraju zależy przedewszystkiem od fizycznego rozwoju jego mieszkańców i że wszystko, co zmierza do podniesienia zdrowia publicznego, utrwala wielkość i sławę naszego narodu“.

W kilka dni później w podobny sposób mówił lord Derby przy otwarciu jakiegoś szpitala i wspomniał w mowie swej o stanie lekarskim i o sprawach zdrowotnych.

„Przed niedawnemi laty“, mówił lord Derby między innemi, „uważanoby politycznego przywódcę po podobnem oświadczeniu (jakie niedawno złożył Disraeli) za ekscentryka, a dziś widzi każdy w tem oświadczeniu wyraz słusznego zrozumienia tego, co boli naród. Jest to ciekawa zmiana w naszych zapatrywaniach, a tym, którzy tę zmianę sprowadzili i spowodowali, winniśmy głęboką wdzięczność. Na chwałę stanu lekarskiego należy naznaczyć, że zawsze wielka liczba lekarzy czynnie popierała wszelki postęp na polu higieny i że równocześnie starali się z jednej strony cierpiącemu pomódz, a z drugiej strony równocześnie głosili naukę, że lepiej jest chronić przed cierpieniom, niż cierpienie leczyć“.

Takim duchem przenikniętych, — kończy wyżej powołane pismo — chcielibyśmy my, lekarze Austryi, widzieć mężów, dzierżących władzę; takiego szerokiego światopoglądu życzymy owym wszystkim, prawnikom i nieprawnikom, w których rękach złożyły losy prawo rozstrzygania o naszej doli i niedoli. *Stahr.*

VII. międzynarodowy Kongres robotniczy, poświęcony sprawie ubezpieczenia (*Arbeiterversicherungskongres*), odbył się niedawno w Wiedniu i poraz pierwszy ściągnął sporą liczbę lekarzy, którzy stanęli, by bronić interesów zawodowych i przemówić jako rzeczoznawcy. Najważniejszym punktem programu była bowiem sprawa ujednostajnienia i uproszczenia ubezpieczenia robotniczego. Żaden z dotychczasowych Kongresów nie liczył tylu uczestników, bo i na żadnym nie było na porządku dziennym tak aktualnej sprawy, jak wyżej przytoczona. Obok przedstawicieli różnych rządów można było widzieć na Kongresie dwie grupy, biorące żywy udział w pracach Kongresu: zastępców niemieckich Kas chorych i niemieckich lekarzy. Zastępcy Kas chorych starali się bronić swego stanowiska i wpływu na ubezpieczenie robotnicze. Lekarze zaś pojawili się, aby przecież raz wobec całego świata zaznaczyć, że i ich życzenia muszą być nadal uwzględniane przy wszelakich zmianach ubezpieczenia robotniczego, zważywszy, że jako wykonawcy danego ustawodawstwa, są najważniejszymi czynnikami. Walka burzliwa, do jakiej zerwał się w ostatnich latach cały stan lekarski, uświadomiła lekarzy i przekonała ich, że jeśli coś chcą mieć, to muszą o to się upomnieć i żądać. I dlatego skorzystali z nadarzającej się sposobności „VII-go międzynarodowego Kongresu“, aby zabrać głos. Wszystkim członkom Kongresu rozdano broszurę p. t. »*Forderungen und Vorschläge der Aerzte zur Abänderung der deutschen Arbeiterversicherungsgesetze*«. (Żądania i rady lekarzy w sprawie zmiany niemieckiego ustawodawstwa, tyczącego się robotniczego ubezpieczenia). Tegoroczny Wiec lekarzy niemieckich w Strassburgu uchwalił tę broszurę wydać, a niemiecki związek stowarzyszeń lekarskich wykonał tę uchwałę. Lekarze niemieccy przez rozdanie tej broszury chcieli już na samym wstępie Kongresu zaznaczyć, że są i będą śledzić bieg prac na Kongresie i że we wszystkich sprawach, które ich dotyczą, chcą zabierać głos. Niemieckie Kasy chorych wysłały swych najgorętszych przedstawicieli i dlatego zdawało się, że w Wiedniu ostro zetrą się zdania niemieckich Kas chorych i lekarzy. Jednakże zastępcy Kas chorych okazywali wobec lekarzy prawie życzliwą neutralność.

Sprawa niezależności lekarzy kasowych, a szczególnie sprawa wolnego wyboru lekarzy, została wszechstronnie oświetloną. Na ogół można było zauważyć, że rządy okazują skłonność niebardzo oglądać się na lekarzy, jeśli stan lekarski nie poruszy się i nie zakrzątnie koło swojej sprawy, a żądań swoich nie poprze zwartą organizacyą zawodową. I jeszcze jednego nauczył ten Kongres lekarzy, a mianowicie, że koniecznie powinno się, jeśli się chce przeprzeć swoje żądania, pojąć i zrozumieć potrzeby innych. Stan lekarski musi, jeśli chce zająć stanowisko, jakie mu się należy w życiu publicznem, wyjść z ciasnego koła codziennej praktyki i zająć się ogólnemi sprawami bieżącemi. Lekarz musi stanąć w rzędzie polityków społecznych.

Rozprawy na Kongresie były bardzo zajmujące. Duszą Kongresu był i tym razem Dr. Bodiker. Roztoczenie opieki nad warstwami pracującemi nazwał „kategorycznym imperatywem“ klas posiadających bez żadnych zastrzeżeń, przyczem wyraźnie podkreślił, że ubezpieczenie społeczne stanowi tylko drobną część owej szerokiej opieki, którą państwo winno we własnym interesie ludności pracującej, stającej do zapasów życiowych tylko z zdrowymi mięśniami. W pierwszym dniu Kongresu występowali prawie bez końca przedstawiciele różnych rządów i, mniej lub więcej przesadzając, opowiadali, co ich rząd zrobił dla ubezpieczenia robotniczego. I pokazało się znowu, że poza Austryą i Niemcami właściwie naprawdę nie istnieje nigdzie godne uwagi ustawodawstwo, tyczące się robotniczego ubezpieczenia, lecz przeciwnie, że w innych krajach dopiero podjęto jakieś pierwsze drobne próby w tym kierunku.

Sporo przemawiało w tej sprawie Francuzów i mimo gorącego zachwalania stosunków w swym kraju wywarli wrażenie, że dobrowolne wzajemne ubezpieczenie robotnicze we Francyi objęło zaledwo górne warstwy robotnicze, podczas gdy owa wielka masa pracującej ludności, która najbardziej ubezpieczenia potrzebuje, wcale nie jest ubezpieczoną, że zatem stosunki na tem polu we Francyi nie są nawet w połowie tak dobre, jak w Austryi, lub w Niemczech. I dlatego przedstawiciele niemieccy i austryaccy musieli z wielkim naciskiem podkreślać potrzebę przymusowego ubezpieczenia.

Drugi dzień Kongresu poświęcony był reformie ubezpieczenia robotniczego. Jak wiadomo, dąży nowe przedłożenie rządu austr. do ograniczenia swobody Kas chorych w sprawie autonomii, w sprawie stanowienia o sobie. Przedstawiciele Kas chorych gorąco się przeciw temu bronili i zastrzegali. Szczególnie ostro krytykował stanowisko rządu austr. reprezentant robotników austryackich, Dr. Verkauf, i żądał, by ustawodawstwo ochronne robotnicze zostawić pod wyłącznym wpływem robotników, jeśli się naprawdę dąży

do tego, by instytucye dobra i ochrony robotniczej rosły i rozwijały się. Przedsiębiorcy przecie nie mają w tej sprawie żadnego interesu społeczno-politycznego, ale wyłącznie finansowy. Takie samo stanowisko zajęli przedstawiciele niemieckich robotników. W sprawie lekarzy oświadczył poseł socyalno-demokratyczny do niemieckiego parlamentu Fraesdorf, że niemieckie Kasy chorych wysoko cenią pracę lekarzy, że jednakże sprawa niezależności lekarzy, tak zw. wolny wybór lekarzy, jest sprawą podrzędnego znaczenia i że załatwienie jej należy pozostawić lokalnym stosunkom. Sprzeciwił się temu Dr. Mugdan, bo sprawę wolnego wyboru lekarzy traktować należy nietylko z punktu widzenia finansowego, ale głównie z społeczno-politycznego. Wszelkie świadczenia dla ubezpieczonych zależą od lekarskiego orzeczenia. Podobnie, jak niezależnym jest stan sędziowski, co jest zdobyczą państw oświeconych, powinni i lekarze, jako sędziowie w sprawach ubezpieczenia robotniczego, być niezależni. Także Dr. Wolf Becher (Berlin) podkreślał przedewszystkiem stanowisko społeczno-lekarskie. Wolny wybór lekarzy nie jest, jak to powiedział Fraesdorf, sprawą podrzędną, ale najdonioślejszego znaczenia. Bez wolnego wyboru lekarzy nie ma społecznej higieny. Monachijska Kasa chorych wprowadziła u siebie wolny wybór lekarzy i jest z niego najzupełniej zadowolona. Dr. Scholl (Monachium) wyraźnie zaznaczył, że ostatnie walne zgromadzenie monachijskiej Kasy chorych wyraziło swoje zadowolenie ze systemu wolnego wyboru lekarzy i postanowiło system ten nadal u siebie zachować. Także i państwowe Kasy chorych w Niemczech poczyniły korzystne doświadczenia na wolnym wyborze lekarzy. Dr. Magen z Wrocławia omawiał szczegółowo żądania lekarzy niemieckich, wyrażone w wspomnianej broszurze, którą wydała Komisya Kas chorych, wybrana z łona związku stowarzyszeń lekarskich niemieckich, wskazał na zwartą i jednolitą organizacyę lekarzy niemieckich, która, jeśliby zaszła kiedykolwiek potrzeba, postara się o nadanie swym żądaniom potrzebnego nacisku. W końcu wezwał lekarzy austryackich do pójścia w ślad lekarzy niemieckich. Także Dr. Bauer z Monachium podnosi jeszcze raz przy końcu rozpraw, że lekarzom należy się głos w sprawie ubezpieczenia robotniczego i najzupełniejsza niezależność.

Lekarze przybyli więc na Kongres nieproszeni i niezgłoszeni; przybyli, aby bronić swej sprawy i przedstawić swe życzenia i żądania i odtąd, zrobiwszy dobry początek, powinni stale zjawiać się, — im liczniej, tem lepiej, — wszędzie tam, gdzie będzie mowa o ubezpieczeniu robotnika. Obecnie lekarze zgłosili na Kongresie 2 wnioski, które doznały ogólnego uznania. Brzmią one:

„Na porządku dziennym najbliższego międzynarodowego Kongresu w sprawie ubezpieczenia robotniczego mają być następujące sprawy:

1) Lekarze na służbie ubezpieczenia robotniczego i specyalnie stanowisko ich w sprawie ustawodawstwa ochronnego.

2) Urządzenie katedr medycyny społecznej.

Związek niemieckich stowarzyszeń lekarskich podejmuje się dostarczyć referentów“.

Kongres zamknął dawniejszy prezydent ministrów austryackich, Dr. Körber, życzliwie wysłuchaną mową, w której podniósł, że ten kraj ma najlepszych robotników, który najlepszą ich otacza opieką. Jako miejsce przyszłego Kongresu wybrano Rzym. *Stahr.*

XIII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 16 listopada.

* Zapewne dzięki przerwanej komunikacyi z Królestwem Polskiem dowiedzieliśmy się dopiero z ostatniego Nr. „Nowin lekarskich“, że w pierwszych dniach listopada dobiega 25 lat działalności lekarskiej i naukowej dr. Władysława Biegańskiego i że Towarzystwo lekarskie częstochowskie urządza uroczyste posiedzenie dla uczczenia swego prezesa, a „Czasopismo lekarskie“ wydaje specyalny numer, poświęcony jubilatowi. Pouczać lekarzy polskich, kim jest dr. Wład. Biegański, znaczy tyle, co posądzać ich o nieznajomość naszego piśmiennictwa lekarskiego w ostatniem ćwierćwieczu, w którem nazwisko Czcigodnego Jubilata figuruje na przeszło 70 pracach, począwszy od artykułów kazuistycznych, klinicznych, higienicznych, a skończywszy na obszernych podręcznikach lekarskich, traktatach treści ogólno-teoretycznej lub czysto filozoficznej. Z tego bogatego dorobku literackiego, szczególnie z dzieł treści filozoficznej, występuje umysłowa sylwetka Władysława Biegańskiego, jako lekarza o niepospolicie szerokiej erudycyi i jako samoistnego myśliciela, który czynności zawodowej lekarza przy łożu chorego wskazał zasady metodologii i prawa logicznego myślenia. Postępowy i nowoczesny w zakresie nauki, w sprawach społecznolekarskich pozostał przy dawnych przykazaniach, do takiego przynajmniej wniosku upoważniają nas wydane przez Jubilata „Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej“, będące zbiorem między innymi najwznioślejszych poglądów na stosunek lekarza do społeczeństwa.

Tych kilka słów, nie mających najmniejszej pretensyi nawet do szkicowej oceny działalności Wł. Biegańskiego, ani licujących z powagą jego stanowiska w literaturze naukowej, dają nam możność do złożenia Czcigodnemu Jubilatowi najszczerszych życzeń, by dla postępu nauki i dla dobra społeczności lekarskiej długie jeszcze lata żył i pracował tak owocnie, jak to do tej pory czynił i czyni.

* Wybory uzupełniające do Izby lekarskiej zachodnio galicyjskiej odbyły się dnia 10 b. m. — Członkiem Izby z grupy V-tej (powiaty: tarnowski, dąbrowski, brzeski i pilzneński) wybrany został dr. Wł. Rogalski z Tarnowa; zastępcą członka Izby z m. Krakowa — dr. Wilhelm Słapa.

* W grudniu b. r. przypada setna rocznica założenia wileńskiego Towarzystwa lekarskiego. Zarząd Towarzystwa uchwalił odłożyć obchód jubileuszowy do czasu, w którym z większą swobodą będzie mógł uczcić tę doniosłą chwilę, oraz pamięć znakomitych ludzi, którzy to Towarzystwo założyli.

* W sprawozdaniach ze stanu cholery „Ruskij Wracz“ stale posługuje się nazwą „Prywiślanskij kraj“ w miejsce „Królestwo Polskie“, pomimo, że nazwa ta ze względu już na to, że Wisła płynie w trzech państwach, nie ma żadnej ścisłości geograficznej, a zatem i sensu, a ze stanowiska historycznego jest niezręcznem kłamstwem, ukutem w obłędnym zapędzie rusyfikatorskim. Dziwi ta nazwa szczególnie na kartach „Ruskiego Wracza“, którego redakcya w każdym niemal numerze składa dowody bezwzględnego potępienia tych czasów, systemów i ludzi, którzy tę nazwę wymyślili i im przypisuje wszystkie obecne klęski Rosyi. Niezawodnie jest to tylko nieuwaga i złe przyzwyczajenie, które, spodziewamy się, zostanie usunięte, gdy się na nie zwróci uwagę.

* Dnia 4 stycznia 1906 r. odbędzie się w Wiedniu loterya na rzecz wdów i sierót po lekarzach, urządzona przez Instytut zapomogowy Związku austryackich towarzystw lekarskich. Biletów wygrywających nalicza loterya 1500, z których trzy główne wygrane wynoszą 25,000, 5,000 i 1.000 koron. Los jeden kosztuje koronę. Przypominamy naszym czytelnikom w Galicyi, że do Instytutu zapomogowego wpisani zostali wszyscy lekarze, przynależni do obu Izb lekar. galicyjskich i że przed kilku miesiącami nadesłana kwota została rozdzielona między potrzebujące wdowy i sieroty.

* Na podstawie orzeczenia Najwyższej Rady zdrowia prawo do obrotu aptecznego otrzymały następujące przetwory: 1) *linimentum gaultheriae compos.*, wyrabiane przez aptekarza dr. Juliusza Franzosa w Tarnopolu; 2) *elixir cinamo-sulfoguajakol.*, wyrabiany przez aptekarza Marcina Sobla i 3) *linimentum mentholi balsamo-camphoratum* — wyrabiany przez aptekarza Hermana Rubla.

* Na podanie drogistów, ażeby ograniczenia, tyczące się sprowadzania surowic leczniczych z zagranicy, zostały zniesione, austryackie ministeryum spraw wewnętrznych orzekło, że nie istnieją przeszkody, ażeby wielkim drogistom, którzy wniosą w tym celu podania, dozwolonem było sprowadzanie z zagranicy takich surowic leczniczych, na wprowadzenie których ministeryum już przyzwoliło, lub przyzwoli w przyszłości. Atoli przy podaniu drogiści mają wyraźnie oznaczyć rodzaj mającej się sprowadzić surowicy i źródło jej pochodzenia. Gdyby zaś szło o sprowadzenie surowicy leczniczej od innych firm zagranicznych, niż te, które ministeryum aprobowało w r. 1894, to c. k. władza polityczna ma obowiązek zasięgnąć zdania ministerstwa spraw wewnętrznych.

* Zarząd miejski w Magdeburgu doszedł do przekonania, że zakaz uczęszczania do szkół publicznych dzieciom, w rodzinach których zdarzyły się przypadki chorób zakaźnych, nie wpływa na ograniczenie szerzenia się epidemii, a może mu nawet sprzyja, gdyż uczniowie tacy, mając wiele czasu, wzajemnie się odwiedzają, chodzą do znajomych i krewnych i tem samem wytwarzają większe pole do rozsiewania zarazy, niż gdyby uczęszczali do szkół i systematycznie pracowali. Słuszność tego spostrzeżenia nie da się zaprzeczyć: ustawa w tym kierunku powinna być rozszerzona o tyle przynajmniej, ażeby dzieci,

oraz rodzice lub opiekunowie, zostali każdorazowo pouczeni o niebezpieczeństwie, wynikającem z tego rodzaju odwiedzin lub uczęszczania takich uczniów na widowiska, koncerty i t. d. Zatrzymanie uczniów i uczenic w domach, gdzie się zdarzyły przypadki chorób zakaźnych, ma jeszcze jednę bardzo ujemną stronę, gdy zarządzenie dotyczy pensyonatu, konwiktu i t. d., liczącego kilkadziesiąt dzieci: ścisłe zamknięcie ich w obejściu, w którem są przypadki zaraźliwej choroby, oczywiście naraża ich w pierwszej linii i naraża więcej, niż gdyby chodzili do szkół. Zatem stosowanie tej ustawy powinno być względne i w znacznej mierze pozostawione każdorazowej ocenie władzy sanitarnej.

* Między 22 a 28 października zaszły nowe przypadki duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: borszczowskim, jaworowskim, kamioneckim, kołomyjskim, śniatyńskim — po 1 gminie i w stryjskim w 3 gminach.

Mianowani: Wydział krajowy mianował dr. Michała Leinkrama sekundaryuszem szpitala św. Łazarza w Krakowie. Dr. Baron mian. został profesorem kliniki ginekologicznej w Dijon.

Nekrologia. Zmarli: Dr. Bouller prof. okulistyki — w Montreal. Dr. Ménière kierownik Instytutu głuchoniemych — w Paryżu.

Omyłki druku. W artykule dr. Wrzoska (Nr. 45) zaszły następujące błędy: Na str. 702 (szpalta druga, wiersz 24 z góry) wydrukowano: „do czterech bulionów zwykłych“, powinno być: „do czterech bulionów zwykłych *i do czterech bulionów pod parafiną*“.

Na str. 702 (szpalta druga, wiersz 19 z dołu) wydrukowano: „do bulionu i do bulionu pod porafiną“, powinno być: „do bulionu *zwykłego* i do bulionu pod parafiną“.

Na str. 703 (szpalta pierwsza, wiersz 21 z góry) wydrukowano: „..poczem do bulionu *C* zaszczepiłem...“ — powinno być: „..poczem do bulionu *C i do bulionu* γ zaszczepiłem...“

Bibliografia:

— *Postęp okulistyczny* Z. X Bednarski: O torbielach powieki dolnej i oczodołu, wychodzących z gałki zarodkowej.

— *Nowiny lekarskie* Z. 11. Biegański: Medycyna wewnętrzna u nas na schyłku XIX wieku. Mięsowicz: Przyczynek do nauki o sprawach septycznych (dok.).

— *Časopis lékařů českých* Nr. 45. Heryng: Therapie inhalačni a nové inhalačni methody (c. d.). Haškovec: Neuropathologické přispěvky (c. d.). Zahradnický: Zpráva o chirurgické činnosti všeobecné okresni nemocnice v Nem. Brodě za r. 1904 (c. d.). Kimla: Spirochaete pallida (Schaudinn-Hoffmann) a její význam pro aetiologii syfilis (c. d.).

— *La Presse médicale* Nr. 88. Hallion: Leczenie surowicze choroby Basedowa. Metoda Balleta i Enriqueza. Landouzy i Labbé: Ankieta w sprawie żywienia seciny robotników i urzędników paryskich, przedstawiona podczas międzynarodowego Kongresu przeciwgruźliczego w Paryżu — Nr. 89. Dieulafoy: Porażenie nerwów ruchowych oka u chorych na cukrzycę. Sollier: Heroina i heroinomania *R. R.*: Cechy różniczkowe krętka bladego.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 45. Neisser: Osobniczość a psychoza. Bouchard: Względna małość serca a usposobienie do gruźlicy przy nadmiernem wzrastaniu. Friedberger i Moreschi: O różnicy ras w durowym szczepie prątków. Hellin: Obustronny otok piersiowy. Roscher: Badania nad znachodzeniem się krętków bladych w kile (c. d.). Bab: Hopogan i ektogan.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 45 Spitzer: Etyologiczne leczenie kiły. Brandweiner: Czynne uodpornienie przeciw kile. Oppenheim: O znajdowaniu się krętków bladych w chorobowych produktach kiłowych i innych. Sperk: Urządzenie i działalność zakładu opiekuńczego „Towarzystwa opieki nad oseskami“ w Wiedniu. Jellinek: Śmierć wskutek rażenia prądem elektrycznym (dok.).

— *Münchener med. Wochenschrift* Nr. 45. Keppler: Leczenie chorób zapalnych głowy i twarzy zapomocą przekrwienia zastoinowego. Conradi i Kurpjuweis: Znaczenie bakteryologicznych substancyi tamujących dla fizyologii i patologii jelit. Levy: Pochodzenie glikokolu w kwasie hipurowym. Morawitz: Stwardnienie rozsiane przebiegające z objawami poprzecznego zapalenia rdzenia. Stäubli: Przypadek podwójnej posocznicy. Jacobitz: O epidemicznem zapaleniu opon mózgowordzeniowych. Jancke: O znachodzeniu krętka bladego. Lingel: Zapobieganie gorączce połogowej.

Deutsche med. Wochenschrift Nr. 45. Mendel: Leczenie psychoz funkcyonalnych. Bail: Doświadczenia z bakteryobójczą zdolnością bakteryi. Tietze: Postępy chirurgicznego leczenia chorób kiszkowych. Croce: Uwagi nad przypadkiem rozległego zranienia prawej i lewej części czołowych płatów mózgu. Gerson: Uproszczony sposób zdejmowania elastycznych gorsetów gipsowych. Ringleb. Cystoskopia i litotrypsia w rozmaitem położeniu ciała.

Wyciąg ze „Sprawozdania tygodniowego o ruchu ludności miasta Krakowa“.

W tygodniu 45 (od dnia 5/XI do 11/XI) **urodziło się** dzieci: żywo: chł. 27, dziew. 13; nieżywo: chł. 2, dz. 2. — **Zmarło**: miejscowych męż. 17, kob. 10; zamiejscowych: męż. 10, kob. 5.

Przyczyna śmierci: 1) niedostateczny rozwój: miejscowych —, obcych —. 2) gruźlica: miej. 4, ob. 3. 3) zapalenie płuc: miej. 6, ob. 1. 4) dławiec i błonica: miej. —, ob. 1. 5) krztusiec: miej. —, ob. —. 6) ospa: miej. —, ob. —. 7) płonica miej. 2, ob. —. 8) odra: miej. , ob. —. 9) dur osutkowy: miej. —, ob. —. 10) dur brzuszny: miej. —, ob. 1. 11) czerwonka: miej. —, ob. —. 12) cholera azyatycka: miej. —, ob. —. 13) cholera dzieci: miej. 2, ob. —. 14) cholera swojska: miej. —, ob. —. 15) gorączka połogowa: miej. —, ob. —. 16) zakażenie przyranne: miej. —, ob. —. 17) inne choroby zakaźne: miej. —, ob. —. 18) choroby przeniesione ze zwierząt: miej. —, ob. —. 19) krwotok mózgowy: miej. 1, ob. 1. 20) choroby narządu krążenia: miej. 2, ob. 3. 21) nowotwory: miej. 5, ob. 1. 22) inne przyczyny śmierci naturalnej: miej. 4, ob. 4. 23) śmierć przypadkowa: miej. —, ob. —. 24) śmierć gwałtowna: miej. 1, ob. —. **Razem**: miejscowych 27, obcych 15.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 22 b. m., o godzinie 6 wieczorem w *„Domu Towarzystwa“* posiedzenie nadzwyczajne, na którem kol. dr. Rydel mówić będzie „O czuciu wibracyi na podstawie obcych i własnych badań“.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie

podaje do wiadomości, że z funduszu imienia Dra Med. i Chirurgii LEONA KONITZA, przyznaną zostanie przez Towarzystwo w dniu 15 Października 1908 roku, jako w rocznicę zgonu Dra Konitza, nagroda pieniężna w kwocie Rub. 500, za najlepszą pracę oryginalną, poświęconą chorobom kobiecym lub akuszeryi, z liczby przedstawionych Towarzystwu prac, ogłoszonych drukiem w terminie od dnia 1 Kwietnia 1905 roku do dnia 31 Marca 1908 roku. Nagroda ta ewentualnie może być rozdzielona, stosownie do uznania Komitetu Konkursowego. Przedmiotem prac mogą być zarówno kliniczne, jako też laboratoryjne badania we wzmiankowanej specyalności, jak również i podręczniki, obejmujące wykład chorób kobiecych wogóle. Mogą także autorowie w terminie prekluzyjnym do dnia 31 Marca 1908 roku przedstawić Towarzystwu prace w rękopisach, z zachowaniem zwykłych formalności konkursowych, t. j. z dewizą i kopertą zapieczętowaną, zawierającą nazwisko i miejsce zamieszkania autora. Prace nadsyłane być mają pod adresem „Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie“ (ulica Niecała Nr. 7), lub przedstawione za pośrednictwem jednego z członków Towarzystwa, z oświadczeniem na piśmie, że praca złożoną zostaje na konkurs imienia Konitza. Praca wydrukowana początkowo w jakimkolwiek innym języku, a następnie przetłomaczona na język polski, nie może być nagrodzoną. Rozprawa uwieńczona z liczby prac, w rękopisach przedstawionych, należy do Towarzystwa lekarskiego i dopiero po wydrukowaniu jej w Pamiętniku Towarzystwa zwraca się na własność autora.

Z upoważnienia Towarzystwa, p. o. Sekretarza Stałego *W. Kosmowski*